

(様式第1号)

正会員入会申込書

1 施設の名称

2 管理者（院長・所長）氏名

（生年月日）（大・昭・平 年 月 日）

3 施設の所在地（〒 — ）

（電話 FAX ）

4 施設の開設年月日 昭和・平成 年 月 日

5 施設の状況

病床数			職員数								
一般	その他	合計	医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	歯科 衛生士	その他 技術員	事務 職員	その他 職員	合計

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者

印

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 殿

(様式第2号)

A 会 員

賛助会員入会申込書

- 1 施設の名称
- 2 管理者の職氏名
(生年月日) (大・昭・平 年 月 日)
- 3 施設の所在地 (〒 —)

(電話 FAX)
- 4 施設の開設年月日 昭和・平成 年 月 日
- 5 施設状況 事業内容、職員数、居室数、入所定員数等がわかる参考資料
(パンフレット等) 1部を添付して下さい。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者

印

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 殿

(様式第3号)

個人B会員

賛助会員入会申込書

1 入会申込者氏名

(生年月日) (大・昭・平 年 月 日)

2 申込者の住所 (〒 ー)

(電話 FAX)

3 勤務先の名称

4 勤務先における職名

5 勤務先の所在地 (〒 ー)

(電話 FAX)

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者

印

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 殿

(様式第4号)

施設B会員

賛助会員入会申込書

1 施設の名称

2 管理者の職氏名

(生年月日) (大・昭・平 年 月 日)

3 施設の所在地 (〒 —)

(電話 FAX)

4 施設の開設年月日 昭和・平成 年 月 日

5 施設状況 事業内容、職員数、居室数、入所定員数等がわかる参考資料
(パンフレット等) 1部を添付して下さい。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者 印

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 殿

(様式第5号)

C 会 員

賛助会員入会申込書

1 団体（企業）の名称

2 代表者氏名

職名

3 団体（企業）の所在地 (〒 —)

(電話 FAX)

4 団体（企業）の状況

・ 設立（創立）年月日 昭和・平成 年 月 日

・ 事業内容

※ 団体又は企業の事業内容がわかる参考資料（パンフレット等）
がありましたら1部添付して下さい。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者

印

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会 長

殿

