

(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・令和 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。

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 小 野 剛 殿