

## 「日本病院会倶楽部」入会申込書

申込者(もしくは施設の代表者)は、日本病院会倶楽部会員規約を承諾し、本申込書に記載した事項が事実と相違ないことを誓約のうえ、日本病院会倶楽部に入会を申し込みます。

加入主体		法人全体	施設単位
申込者	法人住所	〒	
	法人名 代表者名		
	電話	—	—
施設単位で加入の場合に記入  <small>施設単位で加入の場合は記入不要</small>	施設住所	〒	
	施設名 代表者名		
	電話番号	—	—
勤務者数(入会対象者数) ※非常勤・パート職員等含む		人	
ご担当者	部署名		役職
	担当者名		
	電話番号	—	— (内線: )
	メールアドレス		

**【アンケート】日本病院会倶楽部 導入のキッカケ**  
 ※該当箇所の□にレ点チェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 日本病院会ニュースを見て	<input type="checkbox"/> 日本病院会からの提案
<input type="checkbox"/> 日本病院共済会ニュースを見て	<input type="checkbox"/> 日本病院共済会からの提案
<input type="checkbox"/> 病院新聞を見て	<input type="checkbox"/> その他( )