一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会

入会申込書（法人・団体会員）

一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会　理事長　殿

一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会の目的・趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

申請日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 法人・団体名 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| ホームページ | 当会へのリンクを　　希望する　・　希望しない　※どちらか○を付けてください |
| 代表者 | 所属・役職 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 申込担当者 | 所属・役職 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先※上記と異なる場合はご記入ください | 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（注意事項）

＊本会が得た個人情報は、書類作成、発送時のみに使わせていただきます。

＊年会費納入に関しては、本会が主催する研修会時に入金いただくかお振込みにてお願い致します。

＊記載事項に変更が生じた際は、事務局までご連絡ください。

**【事務局・お問い合わせ先】**

受付日：　　　　　年　　月　　日

**会員№**

**社会医療法人 敬和会**

〒870‐0192 大分市西鶴崎3‐7‐11

TEL 097‐522‐3131 / FAX 097‐522‐3777

E-mail info@jhcd.or.jp

担当：小副川・武石