



一般社団法人  
東京都慢性期医療協会

## 賛助会員入会申込書

年 月 日

一般社団法人 東京都慢性期医療協会の目的及び事業等の活動に賛同し、賛助会員として下記の通り入会を申し込みします。

年度 賛助会費 口分(年額 円)※1口10,000円

法人名称	ふりがな	
取扱い商品又は業務内容等		
代表者名		
住所(所在地)	〒	
担当者氏名		E-mail
担当者所属		
連絡先	TEL	Fax
紹介者		

- ※1) 会員の有効期限は入会日に関わらず**3月31日**までとします。
- ※2) 会費は1口10,000円とし、1口以上納入するものとします。
- ※3) 有効期限内に退会した場合、賛助会費は返還されません。
- ※4) 理事会で入会が認められ、会費の納入が確認された日から会員とみなされます。  
(会費納入先は以下に指定する口座でございます。)
- ※5) 会費振込の際の振込手数料は、納入者のご負担いただきますようお願いいたします。

《会費振込先》

東和銀行 昭島支店 口座番号 普通 3074171  
社)東京都慢性期医療協会 会長 進藤晃

振込予定日 年 月 日

◇賛助会員として、貴法人名(貴団体名)を、一般社団法人東京都慢性期医療協会が運営するホームページに記載・公表してもよろしいでしょうか。

はい ・ いいえ (どちらかに○をお付け下さい。)

《申込書送付先》

一般社団法人 東京都慢性期医療協会 事務局  
〒193-0942 東京都八王子市栢田町583-15  
TEL 042-673-5002 FAX 042-673-5003  
(医療法人社団永生会 広報連携・地域支援事業部) 川村ひろ子