

日本地域包括ケア学会 入会申込書(法人・団体用)

令和 年 月 日

日本地域包括ケア学会 宛

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます

※入会無料

フリガナ			代表者名
法人名			
住所	〒		
電話番号			
E-mail	※研修等のご案内はメールで差し上げますので記入をお願いいたします		
ご担当者			
部署・職種			
電話番号		ファックス	
医療・介護に関わる施設及び団体			
1. 病院 2. 診療所 3. 介護事業所 4. 医療機器メーカー 5. 福祉機器メーカー			
6. 医療・介護関係出版 9. その他()			

※当情報は当会事業に関してのみ使用いたします(個人情報保護)

入会申込先 日本地域包括ケア学会 事務局

FAX:0295-52-2705 E-mail:ono@hakujuinkai.com