

入 会 申 込 書

「特定非営利活動法人 長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団」の設立趣旨に賛同し、正会員になることを申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

ご勤務先 ※法人や団体の代表者の場合は必ずご記入下さい。	
会 社 名	
ふりがな	勤務先 TEL
代表者氏名	FAX 番号
	E - m a i l
ご勤務先住所 〒	
下記の項目は任意でのご記入となります。	
ご自宅住所 〒	自宅 TEL
	FAX 番号
	E - m a i l

資料等の郵送先 ご自宅 ご勤務先

※ ご記入頂いた個人情報には責任をもって事務局にて保管・管理を致します。
また、本法人からの書類送付以外の目的で利用することもございません。

【お問い合わせ等】

NPO 法人
「長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団」
理事長 泉川 欣一

【事務局】 〒852-8501 長崎県長崎市坂本 1-7-1
長崎大学病院第二内科医局内
TEL & FAX (095) 843-8414