

NPOしまね医療情報ネットワーク協会 入会申込書

しまね医療情報ネットワーク協会の趣旨に賛同し入会致します。

入会日：平成 年 月 日

★どちらかにチェックを入れて下さい

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 注1)	<input type="checkbox"/> 賛助会員 注2) (<input type="checkbox"/>)
	年会費 2,000円 注3)	年会費 1 <input type="checkbox"/> 50,000円 注3)

病院・診療所・医師会・企業など(団体会員)

ふりがな		業種	・病院 ・診療所 ・医師会 ・薬剤師会 ・薬局	・その他 []
団体名				
代表者 (肩書、名前)				
住所	〒 —			
連絡先	TEL	FAX		
e-mail	@			
ご担当者				
連絡事項				

病院・施設などに勤務している方(個人会員)

ふりがな		職種	・医師 ・薬剤師 ・看護師 ・団体職員 ・公務員	・その他 []
名前				
生年月日	S・H 年 月 日			
勤務先名				
勤務先住所	〒 —	TEL		
		FAX		
自宅住所	〒 —	TEL		
		FAX		
e-mail	@			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先	
連絡事項				

※このお申込みによる個人情報は、当会の目的以外には使用致しません

注1) 正会員 この法人の目的に賛同し入会した個人又は団体で、次の条件のいずれかをみたした者。

- (1) 医療機関において医療業務に従事する者。
- (2) 保健、医療及び介護、福祉業務に従事する公務員もしくはそれに準ずる者。
- (3) その他医療情報及び健康情報を業として扱う者。

注2) 賛助会員 この法人の事業を賛助するため入会した個人または団体。 □数をご記入下さい。

注3) 会費 毎事業年度：6月1日～翌年5月31日を有効期間とした年会費です。途中入会の場合も同額です。入会申込書受理後、請求書を発行致しますので速やかに後入金下さい。

NPO使用欄

受付日： 年 月 日	受付担当者	会員No.	入金確認
備考：			