

入会申込書

_____年 _____月 _____日

私は「NPO 地域共生を支える医療・介護・市民ネットワーク」の活動方針、内容に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別 (下記、種別番号)	(①～③のどれかを記載)	個人会員氏名	
団体会員名 団体名・ご担当者名		職種	
住所	(郵送先をご記入ください) 〒	(勤務先・ご自宅)	
TEL		FAX	
e-mail		ホームページ	
入会動機またはご紹介者名	ひとことコメント		

<入会の手続き>

① 「入会申込書」に必要事項をご記入の上、事務局へ郵送または FAX で送信してください。

◆郵送先/お問い合わせ

〒270-0021 千葉県松戸市小金原 4-3-2 いらはら診療所内

TEL : 047-347-2231(10:00~16:00) FAX : 047-347-2551

② 年会費をご確認の上、下記口座のいずれかへお振込み下さい。

種別番号	会費区分	年会費
(1) 団体会員 法人・事業所・市民団体		
①	病院・診療所 (法人格をもたない病院・診療所を含む)	20,000 円
②	病院・診療所以外の法人、団体等	10,000 円
(2) 個人会員 医師・歯科医師・薬剤師・その他 (医療系資格者) 介護支援専門員・社会福祉士・介護職・市民		
③	個人	3000 円
※正会員は上記年会費に加え 20,000 円		

振込先

【1】 三菱 UFJ 銀行 野並支店 (店番 697) 普通預金口座 0025988

名義人 特定非営利法人在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク 会長 苛原実

【2】 ゆうちょ銀行 記号 10080 番号 86488031

名義人 特定非営利法人在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク

注) 振込人欄の先頭には個人名を記載して下さい。冒頭に法人・団体名を記載されると、振込人の判別が出来ない場合があります。

③ 入金確認後、ID・パスワードを明記した入会手続きの完了通知を送付させていただきます。