

おおいた医療ネットワーク賛助会員申込書

おおいた医療ネットワーク運営協議会 御中

おおいた医療ネットワーク運営協議会の趣旨に賛同し、以下のとおりおおいた医療ネットワーク賛助会員の申し込みをします。

※下記太枠部分をご記入ください。

登録情報記入欄

申込日	令和 年 月 日	
申込口数	口	
ふりがな 法人又は個人名		
ふりがな 法人の場合は代表者名		
住所		
代表電話		
代表FAX		
申込担当者	所属	氏名
メールアドレス		

本書をコピーしたものを控えとして管理してください。

会長印	運用責任者印	事務局受付印