一般社団法人医療安全全国共同行動

入会申込書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人医療安全全国共同行動

　議　長　髙久史麿　殿

一般社団法人医療安全全国共同行動に 正会員 として入会を申し込みます

* 団体名：
* 代表者　役職名：

　 　 氏 名：　　　　　　　　　 印

* 所　在　地：〒
* 電話番号（代表）:
* ＦＡＸ番号（代表）:
* メールアドレス（代表）:

 【連絡担当者】

 ・所属／役 職 名 :

 ・氏　　名 :

 ・電話番号 :

・ＦＡＸ番号 :

 ・メールアドレス :

【連絡事項】