個　人

**一般社団法人 医療安全全国共同行動**

**賛助会員 入会申込書**

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 賛助会員 として入会を

申し込みます

* 所属・職種・役職 ：
* 氏 名 ：　　　　　　　　　 印
* 住 所 : 〒
* 電話番号 :
* ＦＡＸ番号 :
* メールアドレス :

※氏名・住所・電話番号は必ずご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 賛助会費納入予定口数 | 　　口　 | 1口 2万円、1口以上でご支援をお願いします |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴方のお名前を当法人ホームページ等へ掲載の可否 | 可 | 否 | どちらかに○をお願いします |