**一般社団法人 医療安全全国共同行動**

**正会員 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 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 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 会費納入予定口数 | 口 | 1口 5万円、1口以上で  お願いします |