

正会員（病院） 入会申込書

特定非営利活動法人千葉医師研修支援ネットワークの定款第6条に定める正会員として、この法人の事業に参画するため次のとおり申し込みます。

申し込み日	年 月 日		
病院名	ふりがな		
病院長／院長 氏名	ふりがな		
所在地	都道府県		郵便番号
	住所	—	
電話番号（代）			FAX番号
公式サイトのURL			

担当者連絡先

連絡先	部署名	氏名
電話番号		
Eメール		

* 本申込書が事務局に届き次第、担当者様に手続きについてご連絡します。

【お問い合わせ先】

NPO 法人 千葉医師研修支援ネットワーク事務局
 〒260-8677 千葉市中央区亥鼻 1-8-1 千葉大学医学部附属病院 教育研修棟 2階
 TEL : 043-222-2005 / FAX : 043-222-2733 メールアドレス : office-jjj@dcs-net.org