

NPO 法人千葉医師研修支援ネットワーク
正会員 入会申込書 【病 院】

本申込書によるお申込後、10日以内に下記の銀行口座へ、入会金「50,000円」、年会費「50,000円」をご納入ください。

会員登録手続きを完了しましたら、Eメールにてご連絡を申し上げます。

法人名または 開設主体			
病院名	ふりがな		
病院長氏名	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
病院公式サイト のURL			
当ネットワークサ イトからのリンク	1)リンクを希望する	左記より選択し、番号を記入してください	
	2)リンクを希望しない		

※ 貴施設の代表者が責任者となって登録会員となります。

連絡担当者氏名	ふりがな		
連絡先	部署名		直通電話番号
Eメール			

【お振込先】

千葉銀行 本店 普通預金

口座番号：3827138

口座名：NPO 法人千葉医師研修支援ネットワーク
理事長 山本 修一

【お問い合わせ先】

NPO 法人千葉医師研修支援ネットワーク

〒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@dcs-net.org

請求書が必要な場合には、ご連絡ください。