NPO法人 千葉医師研修支援ネットワーク

**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