

入会申込書

一般社団法人 東京精神神経科診療所協会の規約に賛同し、会員として入会致したく申込いたします。

平成 年 月 日

会員種別 (該当するものに○)	正会員	賛助会員	管理医師交代 *旧管理医師名()
ふりがな			(該当するものに○)
氏名			開設者 管理医師
勤務先	ふりがな 診療所名		
	ふりがな 住所	〒	
	T E L		
	F A X	FAX 情報公開 <input type="checkbox"/> 1. 可 <input type="checkbox"/> 2. 否	
	E - M a i l	MAIL 情報公開 <input type="checkbox"/> 1. 可 <input type="checkbox"/> 2. 否	
	U R L	URL 情報公開 <input type="checkbox"/> 1. 可 <input type="checkbox"/> 2. 否	
	自宅	ふりがな 住所	〒
T E L			
F A X			
一般社団法人 東京精神神経科診療所協会 会 長 平 川 博 之 殿			

推 薦 書

上記の医師を東京精神神経科診療所協会(正会員・賛助会員)として適当と認め推薦いたします。

平成 月 年 日

一般社団法人 東京精神神経科診療所協会

推薦者:

㊦

会 長 平 川 博 之 殿