

一般社団法人家庭医療促進協議会 入社申込書
(提出日： 年 月 日)

I 基本情報

氏名 (フリガナ) :

姓 : ()

名 : ()

生年月日 : 年 月 日 (満 歳)

性別 : ☐男性 ☐女性 ☐その他 () ☐無回答

連絡先

郵便番号 : 〒 _____

住所 : _____

電話番号 : _____

メールアドレス : _____

所属 (職業) :

職種 : _____ (医師・看護師等)

勤務先名称 : _____

II 入社に関する事項

入社の動機 (当法人の目的への賛同理由) :

当法人への期待 :

☐専門教育の受講 ☐ネットワーク構築 ☐調査研究への参画
☐その他 ()

入会金・会費納入の確認 :

入会金：¥_____

年額会費：¥_____

※金額は社員総会で別途定める

Ⅲ 誓約事項

当法人の定款及び理事会の決定事項を遵守します。

会費その他の経費を適切に納入します。

退社時は 1 か月以上前に予告します。

署名：_____（自署）

Ⅳ 理事会承認欄（申請者記入不可）

☐ 承認 ☐ 保留 ☐ 否認

承認日： 年 月 日

代表理事印：_____

【注意事項】

提出先：事務局（東京都杉並区）

審査期間：約 2 週間（結果は郵送またはメールで通知）

個人情報 は社員名簿（定款第 10 条）及び運営目的のみに使用

※PDF 形式での電子申請も可（要電子署名）