

一般社団法人 大阪府慢性期医療協会

入会申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			
法人名			
病院・施設名			
院長名			
担当者名		部署	
所在地	〒 -		
連絡先	TEL		FAX
E-mail			

(事務局記入欄)

申込書受理日	年 月 日	入会年度	令和 年度
初年度会費 入金日	年 月 日	入金額	円

【提出先】

〒561-0814 大阪府豊中市豊南町東1丁目6番1号
医療法人篤友会（坂本病院内 事務局）

TEL:06-6332-0131 FAX:06-6332-9838

E-mail:info@oamcf.com