

## 特別会員入会申込書（A会員）

1 施設の名称

2 管理者の職氏名

生年月日（大・昭・平 年 月 日）

3 施設の所在地（〒 — ）

（電 話 — — ）

（F A X — — ）

4 施設の開設年月日 年 月 日

5. 施設状況 事業内容、職員数、居室数、入所定員数等がわかる参考資料、  
（パンフレット等）1部を添付して下さい。

公益社団法人千葉県国民健康保険直営診療施設協会に入会を申し込みます。

年 月 日

公益社団法人千葉県国民健康保険診療施設協会

会 長 岩 田 利 雄 様

申込者（責任者）

印

## 特別会員入会申込書（B・C会員）

1. 施設の名称

2. 責任者氏名

生年月日（明・大・昭                      年    月    日）

3. 施設の所在地（〒                      ー                      ）

（電 話                      ー                      ー                      ）

（F A X                      ー                      ー                      ）

4. 施設の開設年月日                      年    月    日

5. 特別会員の種別（○印）

B    ・    C

6. 施設の状況

病 床 数						
一 般	療養病床		精 神	結 核	感 染	合 計
	医療型	介護型				

職 員 数								
医 師	歯科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	歯 科 衛 生 士	そ の 他 技 術 員	事 務 職 員	そ の 他 職 員	合 計

公益社団法人千葉県国民健康保険直営診療施設協会の特別会員として入会を申し込みます。

年    月    日

公益社団法人千葉県国民健康保険診療施設協会  
会 長    岩 田    利 雄    様

申込者（責任者）

印

## 賛助会員申込書

1. 団体及び企業の名称（個人会員は氏名）
2. 責任者役職
3. 責任者氏名
4. 団体及び企業又は個人の住所  
(〒            —            )  
  
(電 話            —            —            )  
(F A X            —            —            )
5. 団体及び企業の概要 参考資料、(パンフレット等) 1部を添付して下さい。

公益社団法人千葉県国民健康保険直営診療施設協会の賛助会員として入会の申し込みをいたします。

年    月    日

公益社団法人千葉県国民健康保険診療施設協会  
会 長    岩 田    利 雄    様

申込者（責任者及び個人名）

印