

一般社団法人 日本侵襲医療安全推進啓発協議会

入会申込書（正会員）

貴協議会の趣意に賛同し正会員として下記のとおり入会を申し込みます。

申込者氏名	(フリガナ)
生年月日	和暦 年(西暦 年) 月 日
職 種 (例. 医師 看護師 薬剤師等)	
勤務先名 (要記載: 所属 部門等)	
勤務先住所	〒 -
E-mail アドレス	
役職等 (院長 師長 委員長等)	
入会申込書送付先住所	※勤務先と同じであれば省略可。 〒 -

入会金・年会費 振込同意書（正会員）

入会金	¥ 20,000 円
年会費	¥ 12,000 円 (4月～9月に入会の場合)
	¥ 6,000 円 (10月～3月に入会の場合)
振込元(個人・団体名)	