

日本地域医療学会

入会申し込みフォーム（賛助会員B 施設）

下記項目に必要事項をご記入の上、
日本地域医療学会事務局（office@jach.or.jp）までご提出ください。
*マークが付いている項目は入力必須の項目です。

(凡例) ←文字・数字を入力

←選択肢の中から1つを選択

←選択肢の中から複数選択可

▼貴施設に関する項目

施設名*					
所在地*	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください				
	〒		-		
				(都道府県)	
				(市区町村・番地)	
			(建物名・号室)		
TEL		-		-	
(内線: <input style="width: 40px;" type="text"/>)					
<input type="checkbox"/> 代表					
FAX		-		-	
地域包括医療・ケア認定施設 取得の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し				
「地域医療を守る病院協議会」加盟6団体のうち、会員となっている団体 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 公益社団法人全国自治体病院協議会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 <input type="checkbox"/> 全国厚生農業協同組合連合会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人地域包括ケア病棟協会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本公的病院精神科協会				

▼申込担当者に関する項目

氏名*	姓		名	
ふりがな*	姓		名	

部署・部門			
役職			
連絡先E-mailアドレス (携帯不可) *		@	
	※共用メールアドレスは使用しないようにして下さい。		
連絡先E-mailアドレス (再入力) *		@	
	※確認のため再度入力してください。		

メールングリストへの登録*	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない
メールングリスト用E-mailアドレス (携帯不可)	※連絡先E-mailアドレスと異なるアドレスをメールングリストに登録する場合のみ入力して下さい。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
メールングリスト用E-mailアドレス (再入力)	※確認のため再度入力してください。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
入会のきっかけ	<input type="checkbox"/> 地域医療を担う施設であるため <input type="checkbox"/> 他施設等からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 学会活動に興味をもったから <input type="checkbox"/> 職員の学習機会を設けるために <input type="checkbox"/> その他 ↳ その他の内容： <input type="text"/>
学会に期待すること	<input type="text"/>
通信欄	<input type="text"/>