

日本地域医療学会

入会申し込みフォーム（賛助会員D 民間（企業等））

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

▼貴社に関する項目

会社名*	<input type="text"/>		
所在地*	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください		
	〒	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
	<input type="text"/>	(都道府県)	
	<input type="text"/>	(市区町村・番地)	
	<input type="text"/>	(建物名・号室)	
TEL	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 代表		(内線: <input type="text"/>)
FAX	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
「地域医療を守る病院協議会」加盟6団体のうち、会員（または賛助会員）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。				
メーリングリストへの 登録*	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない			
メーリングリスト用 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リングリストに登録する場合のみ入力して下さい。			
		@		
メーリングリスト用 E-mailアドレス (再入力)	※確認のため再度入力してください。			
		@		
入会のきっかけ	<input type="checkbox"/> 地域医療に関連した事業を行っているため <input type="checkbox"/> 他社等からの紹介 <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"/> 従業員の学習機会を設けるために <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他の内容：			
学会に期待すること				
通信欄				