

入会申込書

一般社団法人神奈川県精神神経科診療所協会の規約に賛同し入会致したく申込みします。

令和 年 月 日

会員種別 (該当するものに○)	1.正会員 2.賛助会員(A) 3.賛助会員(B)		
	4.管理医師交代 旧管理医師名 ()		
ふりがな	該当するものにチェック		
氏名	開設者	<input type="checkbox"/>	
	管理医師	<input type="checkbox"/>	
	精神保健指定医	<input type="checkbox"/>	
	日本医師会会員	<input type="checkbox"/>	
	日本精神神経学会専門医	<input type="checkbox"/>	
日本医師会認定産業医	<input type="checkbox"/>		
診療所	ふりがな		
	診療所名		
	ふりがな		
	住所	〒	
	TEL :	FAX :	
	ホームページ :		
	Email :		
所	会員向一斉情報配信方法 (できる限りメールでお願いいたします) Email <input type="checkbox"/> ・ FAX <input type="checkbox"/>		
	診療所名・住所・URL の神精診ホームページへの掲載 可 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>		
自宅住所	ふりがな		
	〒		
TEL :	FAX :		

一般社団法人 神奈川県精神神経科診療所協会 会長 殿

推薦書

上記の医師は一般社団法人 神奈川県精神神経科診療所協会の会員として適当と認め推薦いたします。

令和 年 月 日

一般社団法人 神奈川県精神神経科診療所協会

会長 殿

推薦者 :

印

