

## 賛助会員（団体・企業）入会申込書

一般社団法人岩手県私立病院協会

会長 赤坂 俊幸 殿

一般社団法人岩手県私立病院協会の目的趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

団体・企業名

社印

(年会費：30,000円)

(フリガナ) 団体名	
(フリガナ) 代表者役職氏名	
団体所在地	〒
FAX	電話番号 — — FAX番号 — —
主たる事業（業種）	
(フリガナ) 担当者所属・氏名 【連絡・資料等 送付先・e-mail】	<b>E-mail</b>

入会申込書送付先：〒020-0834 岩手県盛岡市永井15-56-10