

入会申込書(維持会員)

ふりがな		職業	弁護士（司法修習期第 期）
氏名		該当するところに ○をお付け下さい	医師 その他（ ）
勤務先名		e-mail	
勤務先住所	〒		
勤務先TEL		勤務先FAX	
自宅住所	〒		
自宅TEL		自宅FAX	
申し込み口数	口（年会費一口12,000円）	郵便物送付先	勤務先 ・ 自宅

医療事故情報センターの目的に賛同し、維持会員として入会を申し込みます。
センターの規約を遵守し、上記申し込み口数の会費を口座振替の方法で支払い、センターの事業を
後援することを約束します。

令和 年 月 日

(住所) 〒

(氏名)

印