

一般社団法人保険者機能を推進する会 御中

「保険者機能を推進する会」入会申込書(準会員用)

平成 ____年 ____月 ____日付での入会を申込みます。

申込日： 平成____年____月____日

団体名				印
所在地	〒			
会員代表者 (貴団体の代表として本会に氏名を登録される方)		連絡担当者 (連絡等の窓口になる方)		
役職名		役職名		
ご氏名		ご氏名		
電話番号		電話番号		
F A X		F A X		
メールアドレス		メールアドレス		
前年12月末現在の被保険者数(保険者様の場合のみ記入)				人
HP等の会員一覧において貴団体名を表示してよいですか?				諾 ・ 否
参加希望研究会にチェックをお願いします(複数記入可)	<input type="checkbox"/> レポート・健診データ分析	<input type="checkbox"/> 健診事業のあり方	<input type="checkbox"/> 特定保健指導応用	
	<input type="checkbox"/> 女性の健康	<input type="checkbox"/> シニアの健康	<input type="checkbox"/> たばこ対策	<input type="checkbox"/> ボビュレーションアプローチ
	<input type="checkbox"/> 柔整問題	<input type="checkbox"/> くすり	<input type="checkbox"/> 扶養認定基準	

研究会への参加登録方法については、入会申込が理事会で承認された後、事務局よりご案内いたします。

送付/問合せ先

〒101-0036 東京都千代田区神田北乗物町11番地 乗物町第一ビル4階

一般社団法人保険者機能を推進する会 事務局

TEL:03(5577)5411 FAX:03(5577)5413 Email: hokensha@kino-suishin.org