

大阪地域医療連携合同協議会
施設会員入会申込書

【入会年度について】

➤ 年度から入会希望

(※年度途中のご入会でも、年会費の月割りはございませんのでご了承ください。)

【入会施設について】

施設名	
住所	〒 —
電話番号	— —
連絡用アドレス	
施設種別	☐ 病院 （ ☐ 高度急性期 ☐ 急性期 ☐ 回復期 ☐ 慢性期 ☐ 精神 ） ☐ 診療所 ☐ 入所施設（ 定員： ） ☐ 訪問看護ステーション ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ その他 （ ）

【担当者様について】（※開催案内や入金案内などの送付をさせていただきます。）

担当者様名	
部署名	
施設会費の宛名	☐ 理事長 ☐ 総長 ☐ 病院長 ☐ 施設長 ☐ 管理者 ☐ 事務長

【入会動機について】

当会を何で 知りましたか？	☐ ホームページを見た ☐ 他施設から紹介を受けた ☐ 実際に参加したことがある ☐ その他（ ）
当会へ入会を決めた 理由は何ですか？	
当会に期待することは 何ですか？	

【事務局】株式会社 クアトロクルス
〒560-0032
大阪府豊中市蛸池東町 1-2-9 辻井ビル 206
TEL090-1115-1117 FAX06-6844-5712
E-mail : osakarenkeitakoyaki@gmail.com
担当：春岡