

入会申込書

貴会の主旨に賛同し、入会を申し込みます

申し込み 年 月 日

船橋二和病院健康友の会

ふりがな	診察券 (IDカード) 患者番号		
氏名			
一 生年月日 一	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 歳(男・女)	
一 住所 一	〒 -		
TEL :	TEL : (FAX・携帯・職場)		
家族会員 氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳(男・女) ふりがな	家族会員 氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳(男・女) ふりがな
家族会員 氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳(男・女) ふりがな	家族会員 氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳(男・女) ふりがな
<年会費内訳書>			
本人(1,000円)・家族(500円) × 人 = 円			

- 入会経路
- | | | | | | | |
|----------|------------|------------|------------------------|-----------|-------|-------|
| 1. 外来 | 2. 入院 | 3. 健診 | 4. サービス利用 | 5. 基金 | 7. 職員 | 8. 業者 |
| 9. 家族会員 | 10. 健康講座 | 11. 健康チェック | 12. 骨検診 | 13. 友の会健診 | | |
| 14. 旅行 | 15. お楽しみ会 | 16. サークル活動 | 17. ボランティア活動 | | | |
| 18. 相談活動 | 19. 知人 | 21. 子育て支援 | 22. 健康教室(やせる教室・ウォーキング) | | | |
| 6. 予防接種 | 20. その他() | | | | | |

* 会員以外で予防接種を希望されるお子様はお名前をご記入下さい。(15歳未満)

氏名 : 歳(男・女)

氏名 : 歳(男・女)

氏名 : 歳(男・女)

氏名 : 歳(男・女)

- 船橋二和病院健康友の会は、会員の年会費で運営していますので会費を納入して下さい。
- 年会費は本人会員1000円、家族会員500円(家族会員1人につき)です。
- 都合により友の会を退会される時は、友の会事務所にご連絡下さい。
- 退会連絡のない場合、会員期間は自動継続になります。

扱い者: 所属:

年 月 日

地区	手配り者	郵送	フロア	家族	入力者
		1		2	

受領金額

円

登録番号()

代表者番号()