**法人・団体会員　入会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和　　年　　月　　日**

**一般社団法人日本メディカルアシスト代表理事　殿**

**住所**

**法人・団体名称　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

 当法人・団体は、下記のとおり貴社団法人に入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
|  　 (ふりがな)法人・団体名称 |  |
| （ふりがな）代表者氏名 |  　　　 　 |
| 住　　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者携帯電話番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |
| ホームページURL |  |

**入会承認　　　　　　　承認　　　　不承認**

**入会承認日　　令和　　年　　月　　日**

**承認番号**

**代表理事署名・捺印**