**一般社団法人　全民救患者搬送協会　入会申込書**

当事業所は、一般社団法人　全民救患者搬送協会に入会を申し込みます。

令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | □　正　会　員　　　　　　　　　　　　　□　賛　助　会　員 |
| 事業所名 | ふりがな |
| 印 |
| 代表者名 | ふりがな |
| 印 |
| 所在地 | ふりがな |
| 〒　　　　　　　　　　　　　　　【都 道 府 県】　 |
| ふりがな |
| 　 |
| Ｔｅｌ　　　　　　（　　　　　） | Fax　　　　　（　　　　　） |
| ＵＲＬ | 　 |
| Ｅ－ｍａｉｌ | 　 |
| 許可番号 | 　 |
| 所属団体 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 保有車両 | 医療系患者搬送車輌　（　　　　両）T．Nursing　（　　　　両） | 福祉系患者搬送車輌　（　　　　両） |
| 資格者 | 看護師（　　　人）　救急救命士（　　　人）　介護員（　　　名）　適任証所持者（　　　名） |
| 　 |
| 推薦者　　記入欄 | 推薦事業者 | 担当支局 |
|  |  |
|  |  |
| 　 |
| 振込　　　銀行 | 横浜銀行　鴨宮支店　普通　6067911 |
| 口座名義　一般社団法人　全民救患者搬送協会　理事長　小谷哲司 |
|  |
| 事務局　　記入欄 | 受　付　日 | 平成　　　年　　　月　　　　日 | 第　　　　　　　　　号 |
| 役員承認日 | 平成　　　年　　　月　　　　日 |

<入会申込書送付先>

　神奈川県小田原市久野676-8

　一般社団法人 全民救患者搬送協会

　理事長　小谷哲司

この度は、一般社団法人　全民救患者搬送協会への入会を申込み頂き有難うございます。

　つきましては、以下に記す入会費用を所定の口座に振り込み頂きたく通知いたします。

【入会費用】

　　☆　入会金 １００，０００　円

　　　　　但し、本協会支局等の推薦事業者に関しては５０，０００円とする。

　　☆　入会時の事業所視察及び研修費用 　 　５０，０００　円

　　　　　但し、本協会支局等の推薦事業者に関しては無料とする。

☆　会費（年額） 　６０，０００　円

振込先銀行 横浜銀行　鴨宮支店　普通　6067911

　　 口座名称 一般社団法人　全民救患者搬送協会　理事長　小谷哲司

【連絡先】

一般社団法人　全民救患者搬送協会

統括本部 神奈川県小田原市久野676-8 電話0465-20-3349

　　　事務局 栃木県那須塩原市鍋掛1087-165 電話0287-62-9599