

## 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。

年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 賛助会員</span>	
事業所名	ふりがな	
代表者名	ふりがな	
所在地	〒 <span style="float: right;">【 都 道 府 県】</span>	
	ふりがな	
	TEL :	FAX :
URL		
E-Mail		
許可番号		
所属団体		
保有車両	医療系患者搬送車両 (            両) 福祉系患者搬送車両 (            両)	
資格者	看護師 (            名)            救急救命士 (            名)	
	介護士 (            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	

本部 記入欄	受付日	年 月 日	第	号
	役員承認日	年 月 日		

**【入会申込書送付先】**

〒250-0055 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ありがとうございます。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 |
| □ 入会時の事業所視察及び研修費用 | 50,000 円  |
| □ 年会費             | 60,000 円  |

振込先銀行： 横浜銀行 鴨宮 (カモミヤ) 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・お問い合わせ先】**

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 FAX：0465-20-5689