

情報利用会員入会申込書

沖縄県保険医協会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

入会金なし
会費 月額 4, 0 0 0 円

年 月 日

ふりがな			
医療機関			
ふりがな			
代表者			
医療機関 所在地	〒 ー TEL () FAX () 市 町 村		
窓口担当者	担当部署	氏名	
	連絡先（内線等）	メールアドレス	

＊会費はお届け頂いた銀行口座より自動振替で年4回（2月、5月、8月、11月の各1日に3ヶ月分を前納）、お支払いいただきます。年間一括払いなどのご相談にも応じます。尚、会費は医業経費として算入できます。