一般社団法人保険者機能を推進する会　御中

**「保険者機能を推進する会」入会申込書**

**年　　　　月　１日付での入会を申込みます。**

申込日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 組　合　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所　在　地 | 〒 |
| 会員代表者（貴健保を代表して本会総会で議決権を行使される方） | 連絡担当者（連絡等の窓口になる方） |
| 役　職　名 |  | 役　職　名 |  |
| ご　氏　名 |  | ご　氏　名 |  |
| 電 話 番 号 |  | 電 話 番 号 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  | Ｆ Ａ Ｘ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 前年１２月末現在の被保険者数（１月分月報記載数値） | 　　　　　　　　　人　　　　　　　　　 |
| 　ＨＰ等の会員一覧において貴健保名を表示してよいですか？ | 　　諾　　・　　否 |
| 参加希望研究会にチェックをお願いします（複数記入可） | □ﾚｾﾌﾟﾄ･健診ﾃﾞｰﾀ分析　□健診事業のあり方　□特定保健指導応用□女性の健康　□ｼﾆｱの健康　□たばこ対策　□療養費適正化　□扶養認定基準 |

　研究会への参加登録方法については、入会申込が理事会で承認された後、事務局よりご案内いたします。

**送付/問合せ先**

**〒101-0036　　東京都千代田区神田北乗物町11番地　乗物町第一ビル４階**

**一般社団法人保険者機能を推進する会　事務局**

TEL:03(5577)5411　 FAX:03(5577)5413　 Email:　hokensha@kino-suishin.org