

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 _____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		
メールアドレス		メールアドレス		
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）		<input type="checkbox"/> レポート・健診データ分析 <input type="checkbox"/> 健診事業のあり方 <input type="checkbox"/> 特定保健指導応用 <input type="checkbox"/> 女性の健康 <input type="checkbox"/> シニアの健康 <input type="checkbox"/> たばこ対策 <input type="checkbox"/> 療養費適正化 <input type="checkbox"/> 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