

一般社団法人横浜市民間病院協会入会申し込み書

今般、当院は、一般社団法人 横浜市民間病院協会に入会いたします。

令和 年 月 日

病 院 名

代表者名

印

※下記宛郵送又はファックスにてお申し込みください。

〒233-0008 横浜市港南区最戸 1-3-16
横浜東邦病院内 一般社団法人横浜市民間病院協会 事務局
TEL 045-741-2511 FAX 045-714-2520

会 費：120,000 円/年間

振込先：横浜市民間病院協会 「ヨコハマシカンビョウインキョウカイ」

店番号：3 2 2

支 店：横浜銀行 上大岡支店

口座番号：普通 6 2 2 9 9 2 2