

高気圧酸素治療安全協会
協会長殿

送信日（入会日）平成 年 月 日

入 会 申 込 書

下記のとおり入会金および協会費を添えて申し込みます		
入 会 金	¥2,000.-	
協 会 費(年会費)	口 円 (1口 ¥20,000.-)	
業 種		
施 設 名	(請求書・会員証名)	
代 表 者		
所 在 地	〒 電話	
連 絡 先	部 署 名	
	担当者氏名	役 職 名
	電話・FAX	電話 FAX
	E-mail アドレス	
装 置 の 管 理	管理責任者	氏名 ・ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> その他
	治療・操作従事者 「医師・看護師・准・ 臨床工学技士・他」	氏名 ・ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> その他
		氏名 ・ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> その他
		氏名 ・ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> その他
		氏名 ・ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> その他
請求書・資料などの送り先	連絡先に同じ ・ 他に	
装置の有無	有り「1種X 台・2種X 基」・なし	
装置メーカー名		
協会ホームページ掲載（無料）	希望（施設名称・住所・電話番号・HPリンク）・不要	
会費払込方法（○囲）	銀行振込・現金書留・郵便振替・持参・その他/ 月 日頃	

(注意事項)

①各項目は必ず記入してください。（情報は他に公表・使用いたしません）

②会費振込の場合は本会の下記口座をご利用ください。

(銀行振込)

三井住友銀行 長田支店 普通口座 3902562 高気圧酸素治療安全協会

(郵便振替)

口座番号 00990-2-32653 高気圧酸素治療安全協会

③申込書送付先 〒657-0021 神戸市灘区桜ヶ丘町 12-9

高気圧酸素治療安全協会 事務局 宛 電話 (FAX) 078-842-2281