

別紙様式 1

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

静岡県医療機関図書室連絡会代表 殿

静岡県医療機関図書室連絡会会則第 2 条の目的に賛同し、入会を申し込みます。

医療機関名

所 在 地

代表者

職 名

氏 名

印

担当職員

氏 名

所 属

TEL

FAX

E-mail