

患者会活動サロン利用登録申込書

平成 年 月 日

市立函館病院長 様

ふりがな			
団体名 (正式名称)			
ふりがな			
代表者氏名			
代表者連絡先	(〒 -) TEL () - FAX () - Eメール ホームページ		
設立時期	昭和・平成 年 月 日		
会員数	名	会員名簿の有無	有 ・ 無
入会条件			
活動内容			
活動地域	函館市内 北海道内(市町村) 全国 (市町村)		
その他			

※1 登録の申込にあたっては団体規約等の写しを添付してください。

※2 入会条件, 活動内容等については, 資料の添付でも結構です。