特定非営利活動法人　北海道医療連携ネットワーク協議会　　理事長　　様
FAX　０５０－３７３７－７０６６　　E-mail　hosnet@pop.med.hokudai.ac.jp

特定非営利活動法人　北海道医療連携ネットワーク協議会　入会申込書

私は、NPO法人北海道医療連携ネットワーク協議会の活動趣旨や定款、特定非営利活動促進法（NPO法）の第2条第2項第2号及び第12条第1項第3号の要件（P３参照）を理解した上で、入会を申し込みます。

申込日：令和　　年　　月　　日

■　会員の種別について（チェックを入れてください。）

会員種別	□　個人正会員　注1）	□　団体正会員　注2）	□　賛助会員　注3）	□　特別会員　注4）
会費	3,000円／年	30,000円／年	1口10,000円／年×口数	徴収なし

★　個人正会員の方

ふりがな		業種	• 病院 • 診療所 • その他（　　）
名　前			
勤務先名			
勤務先住所	〒　　－	FAX	
		TEL	
自宅住所	〒　　－	FAX	
		TEL	
e-mail	@		
書類送付先	□　自宅	□　勤務先	
連絡事項			

★　団体正会員の方

ふりがな		業種	• 病院 • 診療所 • その他（　　）
団体名			
代表者 （肩書、名前）			
住　所	〒　　－		
連絡先	TEL	FAX	
e-mail	@		
ご担当者			
連絡事項			

★　賛助会員の方

ふりがな		業種	• 病院 • 診療所 • その他（　　）
団体名			
代表者 （肩書、名前）			
住　所	〒　　－		
連絡先	TEL	FAX	
e-mail	@		
ご担当者			
連絡事項			

★　特別会員の方

ふりがな		業種	・病院 ・診療所 ・その他〔　　〕
団体名			
代表者 （肩書、名前）			
住　所	〒　　－		
連絡先	TEL	FAX	
e-mail	@		
ご担当者			
連絡事項			

※　このお申し込みによる個人情報は、当協議会の目的以外には使用いたしません。

注１）　個人正会員　　この法人の設立目的及び活動に賛同し入会した個人
注２）　団体正会員　　この法人の設立目的及び活動に賛同して入会した団体
注3）　賛 助 会 員　　この法人の設立目的及び活動に賛同して、本法人の維持発展に資金的に援助・協力を希望する個人及び団体
注4）　特 別 会 員　　法人の設立目的及び活動に賛同し、かつ理事会で必要と認める行政機関や関係団体及び学識経験者等

NPO使用欄

受付日：　　年　　月　　日	会員Ｎｏ．
備　考：	

特定非営利活動促進法第２条第２項第２号の要件

イ　宗教の教義を広め、儀式行事を行い、及び信者を教化育成することを主たる目的とするものでないこと

ロ　政治上の主義を推進し、支持し、又はこれに反対することを主たる目的とするものでないこと

ハ　特定の公職の候補者若しくは公職にある者又は政党を推薦し、支持し、又はこれらに反対することを目的とするものでないこと

特定非営利活動促進法第１２条第１項第３号の要件

暴力団でないこと

暴力団の統制下にある団体でないこと

暴力団の構成員(暴力団の構成団体の構成員を含む。以下同じ)の統制下にある団体でないこと

暴力団の構成員でなくなった日から５年を経過しない者の統制下にある団体でないこと