

～共同提案団体への～

申 込 書

➤ FAX送信先： **092-641-5707**
(患者の権利法をつくる会)

「医療基本法要綱案（医療基本法フォーラム版）」の
共同提案団体となることに同意します。

上記の同意にあたり、団体名・所在地・担当者名などの公表
を了承いたします。(●所在地の非公開をご希望の場合は、但書にお書き下さい)

提出日 20 年 月 日

団体名 _____

代表担当者名（肩書） _____

[※ 「肩書」を書いていただくのは、例えば「会長〇〇〇〇」といった表記に誤りが
ないようにするためです。特になにも肩書が決まっていない場合は、「代表〇〇〇
〇」と記載していただければ結構です。]

所在地 _____

連絡先（電話番号） _____

[※ 今回の医療基本法要綱案の提案にあたっては、提案団体の団体名・代表者だけ
ではなく、所在地もあきらかにしたいと考えています。もし、所在地非公開をご希
望の場合は、所在地の欄に「非公開」とご記入ください。]

■関連情報などのご連絡をお送りできるメールアドレスをご記入下さい。(任意)
メールアドレス（団体用・個人用）_____

上記メールアドレス担当者のお名前：フルネームでお願いします。

()