

# 新松戸中央総合病院 糖尿病患者会

## ユーカーリ友の会 入会申込書

お申し込み日 年 月 日

(患者様ご本人・ご家族様) 該当する方にチェックをお付け下さい。

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

診察券番号： \_\_\_\_\_ (ご家族様の場合、糖尿病患者様ご本人の診察券番号をご記載ください)

### ◆ご住所

郵便番号 \_\_\_\_\_

### ◆お電話番号

ご自宅： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_

### ◆入会希望確認

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月からの入会を希望します。

#### 年会費一覧

4月入会	5月	6月	7月	8月	9月
4800円	4400円	4000円	3600円	3200円	2800円
10月	11月	12月	1月	2月	3月
2400円	2000円	1600円	1200円	800円	400円

年会費の徴収につきましては、後日改めてご連絡致します。

新松戸中央総合病院  
栄養科 TEL 047-345-1111 (代表)

# ユーカリ友の会会則

## 第1章 総則

第1条 本会は、ユーカリ友の会という。

第2条 本会は、会員相互の親睦、連絡を図ることを目的とする。

第3条 本会は、事務局を新松戸中央総合病院栄養科に置く。

## 第2章 会員

第4条 会員は、次の各号に該当するものをもって構成する。

- (1) 新松戸中央総合病院に通院、治療を受けている者。
- (2) 新松戸中央総合病院に通院、治療を受けている者の家族。
- (3) 前号に掲げる者で、過去に通院、治療を受けていた者。
- (4) 新松戸中央総合病院に勤務する職員。

## 第3章 役員

第5条 本会は、次の役員を置く。

会長	1名	書記	1名	理事	1名
会計監査	1名				
会計	1名	幹事	1名		

第6条 役員を選出は、次による。

- (1) 会長・副会長・会計・書記・会計監査・幹事・理事の選出は会員の総意による。

## 第4章 任期

第7条 役員任期は1年とし再任を妨げない。

## 第5章 会議

第8条 本会は、第2条の目的を達成するため、総会を年1回5月に開催する。

総会の成立は、会員の過半数の出席とし、役員会は役員数の3分の2以上の出席で成立するものとする。

第9条 役員会は、随時会長が招集する。

## 第6章 退会

第10条 会員は退会を希望する場合は速やかに事務局に届け出ること。

## 第7章 会則の改正

第11条 この会則の改正は、総会において3分の2以上の同意を得なければ変更することができない。

## 第8章 その他

第12条 会員は、住所・連絡先に変更があったときは、速やかに事務局に通知する。

付則 この会則は平成25年6月1日から適用する。

平成27年4月1日改訂  
令和元年4月1日改訂  
令和5年10月1日改訂