

一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西 入会申込書 賛助会員(法人)用

一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西の目的に賛同し入会を申し込みます。

平成 年 月 日

団体名

代表者氏名

⑧

登録情報記入欄

	フリガナ		入会口数	□
	団体名			
代表者	フリガナ			
	氏名			
	職名			
所在地	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
担当者	フリガナ			
	氏名			
	職名			
	住所	〒		
	<input type="checkbox"/> 所在地に同じ			
	TEL	内線()		
	FAX			
	E-mail			
ご紹介者				

※上表に必要事項をご記入の上、**郵送にて**お申送ください。

※お申込み頂きました個人情報につきましては、当団体の活動等に関する目的以外には使用致しません。

年会費： 100,000円/口(一口以上でお願いいたします)

一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西

〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島4-3-53

大阪大学中之島センター6F

TEL 06-6444-2144 FAX 06-6444-2141

----- 以下 事務局使用欄 -----

会員No. : _____

受付日	入会年度	承認日	初年度年会費 入金日	入金確認者印	収支簿 入力者印	名簿 入力者印
/ /	平成 年度	/ /	/ /			