

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(個人)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

氏名 ㊟

登録情報記入欄

氏名	フリガナ		入会口数	口
	漢字			
自宅 □連絡先に指定	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	E-mail			
勤務先 □連絡先に指定	名称			
	部署			
	職名			
	住所	〒		
	TEL	内線()		
	FAX			
	E-mail			
ご紹介者				

※上表に必要な事項をご記入の上、**FAX**にてお申してください。

※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 : 10,000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内
TEL・FAX共通: 06-6444-2144

----- 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	／ ／	／ ／			