

# 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 \_\_\_\_\_ ⑩

## 登録情報記入欄

氏名	フリガナ		年齢	才	口数	口
	漢字					
自宅	住所	〒				
	TEL					
	FAX					
	E-mail					
勤務先 ( <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去)	名称					
	部署					
	職名					
	住所	〒				
	TEL	内線(                      )				
	FAX					
	E-mail					
社会活動等の実績						

※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： 10,000円/1口

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8F  
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	／ ／	／ ／			