

# 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	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**にてお申込ください。

※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6F  
TEL: 06-6444-2144 FAX: 06-6444-2141