

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。

年 月 日

団体名

代表者氏名

(印)

登録情報記入欄

	フリガナ		入会口数	口
	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、郵送もしくはPDF添付メール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。

一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西

年会費： 100,000円/口(一口以上でお願いいたします)

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2

※年度途中入会につきましても、一年度分(4/1-翌年3/31)の会費となりますことをご了承ください。 千里ライフサイエンスセンター9F

TEL 06-6310-0156 FAX 06-6310-0158

E-mail consooffice@conso-kansai.or.jp

-----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
/ /	年度	/ /	/ /			