

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。

年 月 日

氏名 _____ 印

登録情報記入欄

氏名	フリガナ		年代	代	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、郵送または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。

年会費： 10,000円/1口

(期間:4/1-翌年3/31)

一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西

〒5 0-00 大阪府 - -

千里ライフサイエンスセンター9F

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