

日本臨床検査医学会 賛助会員登録票

フリガナ				
御社名				
フリガナ				
所属部署名				
フリガナ				
ご担当者名			役 職	
御社所在地	〒(-)			
電話番号	- -	代表 直通	内 線 ()	FAX - -
メールアドレス	_____ @ _____			
ホームページ	http:// _____			

送付先が上記と異なる場合

フリガナ				
御社名				
フリガナ				
所属部署名				
フリガナ				
ご担当者名			役 職	
所在地	〒(-)			

賛助会費 登録口数	
(一口 50,000円) = □	

事務使用欄	会員番号		受付年月日	
	備考		入会年月日	