日本小児心臓外科医会　協賛会員　入会申込書

申込年月日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入会年度 | 年度（会計年度4月～3月） | | |
|  |  | | |
| 申込口数 | | 口 | 協賛会員の会費は1口：50,000円で2口以上です。  ご希望の申込口数をご記入ください。 | | | | | |
| ■ご担当者■ | | | | | |
|  | | 姓(Family name) | | | 名(Given name & Middle name) | | |
| フリガナ | |  | | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | | ㊞ | | |
|  | | | | | | |

■企業情報■

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企 業 名（名称及び部署・部課） |  | | |
|  | | |
| 所 在 地 | 〒 | | |
|  | | |
|  | | |
| TEL： | (内線　　　　) | FAX： |
| e-mail： | | |
| ■現住所（自宅）情報■（個人としてお申込の場合のみ、以下にご記入ください） | | | |
| 現住所  （自宅） | 〒 | | |
|  | | |
|  | | |
| TEL： | | FAX： |
| e-mail： | | |
|  | | | |

入会申込書送付先（郵送またはFAX）：

〒112-0012　東京都文京区大塚5-3-13 3F

一般社団法人　学会支援機構（日本小児心臓外科医会　会員管理取扱）

FAX：03-5981-6012