

# 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	□	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 小石川アーバン 4F  
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