

医療トレーサビリティ推進協議会 会員参加申込書

申込年月日： 年 月 日

医療トレーサビリティ推進協議会に

参加いたします

参加いたしません

* いずれかに必ず○印をお付けください。

<ご参加の場合>

医療トレーサビリティ推進協議会の設立趣旨を確認し、本協議会への会員参加を申し込みます。

会員区分

1. 正会員
2. 賛助会員

* いずれかに必ず○印を付け、必要事項をご記入ください。

貴社名
(フリガナ)
代表者名 (又は申込責任者)
印
役職名
連絡先担当者様名
担当者様の部署及び役職名
住所 〒
電話番号
FAX 番号
E-mail

以上