

令和 年度 一般社団法人島根県臨床工学技士会賛助会員入会申込書

申込日 令和 年 月 日

団体名	フリガナ		
代表者名	フリガナ	役職	
担当者名	フリガナ	役職	
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
郵送先住所	郵便物の郵送先が上記と異なる場合は下記にご記入ください。 〒		
賛助会費 申込金額			
振込予定日	令和	年	月 日 ごろ ・ まで ・ 未定

上記太枠内をご記入の上、一般社団法人島根県臨床工学技士会事務局まで提出してください。

受付	令和	年	月	日
照合	令和	年	月	日
登録	令和	年	月	日

一般社団法人島根県臨床工学技士会 事務局

〒698-0003 島根県益田市乙吉町イ 103-1

益田赤十字病院 CEセンター内