**日本注射薬臨床情報学会　入会申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | 賛助会員 | 入会年度 | 年度 | 申込日（西暦） | 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名（カナ） |  |
| 法人名（漢字） |  |
| 事業所名（カナ） |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者氏名 | （職務・役職） |
| 代表者氏名 | （職務・役職） |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | 　　 |
|  |
|  |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　（　内線：　　　　　　・　直通　) | FAX： |
| E-mail： |
| 申込 口数 |  　口　（30,000円/1口） |
| 備考 |  |

(以下は事務局記入欄です。無記入でお願いいたします)

申込書受理日：　　　　　　　　　　　初年度会費入金日：　　　　　　　　　　　入金額：