

特定 NPO 法人 中日本 PCI 研究会  
特定非営利活動法人中日本 PCI 研究会 入会申込書

NPO 会員 ID:

当 NPO 法人の定款及び下記事項に同意した上、入会します。 申し込み日: 2 年 月 日					
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員				
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学士 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 団体賛助会員				
フリガナ(カタカナ)					
氏名又は団体名					
生年月日(西暦)	年	月	日	年齢	歳 / 男・女
フリガナ(カタカナ)					
団体の場合 代表者名					
フリガナ(カタカナ)					
個人の場合 勤務先					
フリガナ(カタカナ)					
住所 (勤務先・団体)	(〒 - )				
フリガナ(カタカナ)					
住所 (個人自宅)	(〒 - )				
電話番号					
FAX 番号					
E-mail アドレス					
受付日	担当者印	会長承認印	納金費日	担当者確認印	会長確認印

備考: 会費 正会員 年会費 1,000 円 / 団体賛助会員 年会 1 口 30,000 円  
正会員は、当法人の活動に参加する医師、コメディカルなどの医療従事者  
団体賛助会員は、当法人の活動を援助する団体

《お問い合わせ先》

特定 NPO 法人 中日本 PCI 研究会 事務局  
〒370-0036 高崎市南大類町 885-2  
TEL:027-353-1156/FAX:027-353-6123  
E-mail:info@nakanihonpci.com