

※本入会申請書をコピーして必要事項ご記入の上、
申込み先(表面に記載)住所にご送付(郵送・FAX・メールのいずれか)いただきたくお願い申し上げます。

※黒のボールペンで、はっきりとご記入ください。

●会員種別にを入れてください。

入会申請書

日本医療製品物流管理協議会 御中

(申込年月日： 年 月 日)

- 法人会員 (社員・正会員) 医療機関会員 (会員) 賛助会員 (会員)
 関連事業団体会員 (準会員)

団体名	フリガナ		
代表者名	フリガナ		
住所 (郵便物送付先)	〒	都道府県	電話番号
ご担当者氏名	フリガナ		携帯電話
ご担当者所属		ご担当者 役職名	e-mail アドレス
備考			

- 個人会員 (社員・正会員) 医療機関個人会員 (会員)

氏名	フリガナ		性別	男・女	
			生年月日	19 年 月 日	
郵便物送付先の選択 ※連絡先は、勤務先・自宅のどちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、一方にご記入ください。					
<input type="checkbox"/> 勤務先住所			<input type="checkbox"/> ご自宅住所		
〒	都道府県	〒	都道府県		
勤務先名		電話番号		FAX番号	
所属・役職		FAX番号	携帯電話		
職種	e-mail	e-mail			
備考					

※記入漏れ、及び記入間違いをご確認ください。