

**NPO法人埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク
(賛助会員A・団体) 入会申込書**

私は貴会の趣旨に賛同して、入会したいので申し込みます。

【申込書記入・扱い】 1.用紙のご記入、内容をご確認の上、用紙を郵送またはFAXして下さい。

※印のついた項目は必ず記入をお願いします。

※申込日 (平成 年 月 日) 会員番号：賛助(団体)No. _____

※フリガナ		
※企業名・施設名 (団体名)		
業 種 (該当するものに チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医薬品・医療器機製造／販売業 <input type="checkbox"/> 医薬関連広告宣伝業 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 大学／研究所／学会 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	
フリガナ ※ご担当者様 氏 名		
ご所属		
※ご連絡先 住所 (郵便番号)	(〒)	
※ ご連絡先	TEL ()	FAX ()
Eメール		
※賛助会員入会 (年会費 1口以上 1口 100,000円)	入会金 50,000円 年会費 (口)(¥) ※総会などの出席、議決権はございません。	
お振込予定日	(西暦) 年 月 日	
請 求 書	請求書の宛名書き： ご送付先 (上記ご連絡先と異なる場合のみご記入ください)： (〒)	

申込書送付先：NPO法人埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク 事務局 宛

郵送先：〒345-0025 埼玉県北葛飾郡杉戸町清地 2-2-11 Fax 0480-40-1410

埼玉県北葛飾郡杉戸町清地 2-2-11

NPO法人 利根医療圏糖尿病ネットワーク

Tel(fax)0480-40-1410

入会承認 平成 年 月 日理事長