

日本医療ガス学会入会申込書(賛助会員)

申込日: 年 月 日

フリガナ	
法人名	
代表者名	
住 所	〒

年会費口数	口
-------	---

ご連絡する際の、担当の方をご記載願います。

担当者	氏名	
	部署	
	役職	
	電話番号	
	FAX番号	
	E-Mail	

備考欄	
-----	--

* 機関誌郵送先、会費請求先等が上記担当者と異なる場合等こちらにご記載下さい。

<p style="text-align: center;">日本医療ガス学会</p> <p>Fax : 03-5787-6196 E-mail : info@medical-gas.gr.jp</p>
