

賛助会員申込書

年 月 日

特定非営利活動法人循環器医学・医療支援センター 理事長 殿

下記の通り、賛助会員の申込みを行います。

賛助会員種別	<input type="checkbox"/> 法人 (法人の方は下記に口数を記入下さい) <input type="checkbox"/> 個人		
法人名・担当部署 (個人の場合、入力不要)			
ご芳名			
ご連絡先	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

		年会費	口数
<input type="checkbox"/>	個人賛助会員	5,000円/年	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	法人賛助会員	30,000円/年	_____ <input type="checkbox"/>

通信欄 (何かリクエストがあれば、ご記入下さい)

()

※賛助会員申込書送付

非営利活動法人 循環器医学・医療支援センター 事務局 (担当 黒部) 〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454 番地 愛媛大学大学院医学系研究科心臓血管・呼吸器外科学講座内 TEL: 089-960-5331 FAX: 089-960-5335 E-Mail: info@cvmedics.org

事務局	受付日: _____	管理番号: _____
-----	------------	-------------