

送信先 FAX : 078-332-2506 E-mail : jocot@pac.ne.jp

**NPO 法人 がん医療研修機構 入会申込書 (賛助会員)**

申込日	平成 年 月 日
入会申込年度	平成 年度

フリガナ	
法人名	

住所	〒
担当者の所属 部署名	
担当者名	
電話番号	— — 内線 ( )
FAX 番号	— —
E-mail	当機構では今後、セミナーの開催情報や総会案内など、メール配信で行ってまいります。できるだけメールアドレスの登録をお願いいたします。
担当者の 資格 / 職種	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他の医療職 ※差し支えない範囲で具体的に教えてください [ ]

<事務局記入欄>			
会員番号			
入金日	年 月 日	登録日	年 月 日