

賛助会員入会申込書

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長 殿

入会を希望します

フリガナ 御社名		フリガナ 御担当者名		印 <small>※押印がない場合は無効です</small>
企業情報	所属部署			
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	E-Mail Address			
入会理由	※必ずご記入下さい			事務局使用欄

原本をご郵送下さい

当申込書とともに会社概要(パンフレット等)をお送り下さいませ

〒650-0047
神戸市中央区港島南町1-5-2
神戸キメックセンタービル 3階
TEL:078-306-5945
Email:kanri2@anesth.or.jp