

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク 賛助会入会申込書

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク
理事長 殿

公益社団法人日本臓器移植ネットワークの趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申込みます。

申 込 日	(西暦) 年 月 日
フリガナ	
お 名 前	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ファックス番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
所 属 (お勤め先・学校等)	
役職・学年等	
賛助会に入会を 希望する理由	
ホームページにお 名前掲載を希望す る方は右記のチェ ックボックスに✓ 印を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> ホームページに名前の掲載を希望する 希望する方は、掲載名を記載して下さい。 ※法人名のみは掲載できません。 (掲載名 : <input type="text"/>)

【社団記入欄】

理事会承認日	(西暦) 年 月 日
備 考	