

賛助会員申込書 (年度)

貴社名	⑩
担当者	部署名
	ご芳名
ご住所	〒
T E L	() —
F A X	() —
E -mail	

払込金内訳	_____口、 _____円
会費振込(予定)年月日	年 月 日

【問合せ先】 一般社団法人大阪府臨床工学技士会事務局 楠本 繁崇
 〒565-0871 吹田市山田丘2番15号
 国立大学法人大阪大学医学部附属病院 臨床工学部内
 TEL:06-6879-5095 FAX: 06-6879-5098
 E-mail: info@osakace.com
 http://www.osakace.com