賛助会員申込書(　　年度)

貴社名		㊞
担当者	部署名	
	ご芳名	㊞
ご住所		〒
TEL		
FAX		
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

〒535-0022 大阪市旭区新森5-3-22 下野印刷株式会社内

TEL:06-6958-6665　FAX:06-6958-6665　　対応時間:月～金　9:00～17:00

Mail:info@osakace.com

https://osakace.com/