

(PDF)

一般社団法人福島県立医科大学光が丘協議会

賛助会員入会申込書

一般社団法人福島県立医科大学光が丘協議会の賛助会員募集の趣旨に賛同し、下記のとおり入会を申し込みます。

平成 年 月 日

お申し込み法人	
ふりがな 貴社名	
ふりがな 代表者役職・ご芳名	
ご住所	
TEL FAX	

※特に頭名を「貴社名」以外でご希望の場合はご記入ください

ふりがな
頭名表記 _____

ご担当者 【必ずご記入ください】	
ふりがな 役職名・ご芳名	
ご住所	
TEL FAX e-mail	

担当者名 福島県立医科大学医療人育成・支援センター 光が丘協議会事務局 五十嵐・柏倉
連絡先 (電話) 024-547-1713 (FAX) 024-547-1715