賛助会員入会申込書

一般社団法人北海道外科関連学会機構 (HOPES)

理事長　松居　喜郎 殿

　　　　　　年　　　月　　　日

賛助会費登録口数　一口 30,000円 / 年 × 　　　　口　= 　　　　　　　　　円 / 年

領収書発行（いずれかに○）　　 必要　　・　　不要

申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名団体名 | フリガナ |
| ㊞　　 |
| 業種（いずれかに○） | ・製薬企業　・医療機器企業　・医療法人　・個人　・その他（　　　　　　　　　　　）　 |
| 所在地 | 〒　　　 |
| 代表者氏名 |  |
| 実務ご担当者 | 氏名 | 役職 |
| 部署 |
| TEL | FAX |
| E-mail |
| 通信欄 |  |

※ご記載いただいた個人情報につきましては、本機構の運営に関わる業務に限り利用させていただきます。

一般社団法人北海道外科関連学会機構（HOPES）運営事務局（北海道大学大学院消化器外科Ⅰ医局内）

ご返送先　〒060-8638　北海道札幌市北区北15条西7丁目

北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室Ⅰ内

「一般社団法人　北海道外科関連学会機構　賛助会員」係