

所定事項をご記入のうえ、FAX または E-mail にてお送り下さい。

会 員 入 会 申 込 書

申込日: 年 月 日

特定非営利活動法人臨床検査支援協会 御中

貴協会の趣旨に賛同し、下記金額を会費として申し込みます。

金	円也
---	----

属性	<input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 正会員	
氏名		
所属機関名		
部署		
役職		
資料等の送 付先	住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒
	TEL	
	E-mail	
振込予定日	年 月 日	
ご紹介者名(任意)		
備考		

本協会は、会員様からご提供いただいた個人情報を、第三者に提供することはありません。また会員様の同意なく、情報の収集、目的外の利用を行うことはありません。

【お振込先】

銀行名:三井住友銀行 支店:飯田橋 (店番号:888) 口座番号:(普通)7243072

名前:トクテイヒエイリカツドウホウジンリンシヨウケンサシエンキヨウカイ

- 1)お振込み手数料はご負担ください。
- 2)銀行発行の振込控を持って、当方の領収書に代えさせていただきます。
- 3)会費は不課税です。

以上

お問合せ先:特定非営利活動法人臨床検査支援協会(ASCL) 事務局
〒164-0011 東京都中野区中央 1-44-6 ステージ中野坂上 100
TEL/FAX:03-5937-1396 E-mail:info@ascl.or.jp

FAX:03-5937-1396

E-mail:info@ascl.or.jp

所定事項をご記入のうえ、FAX または E-mail にてお送り下さい。

会 員 入 会 申 込 書

申込日: 年 月 日

特定非営利活動法人臨床検査支援協会 御中

貴協会の趣旨に賛同し、下記金額を会費として申し込みます。

口 金 円也

法人名	
会員登録者名	
部署	
役職	
住所	〒
TEL	
E-mail	
資料等の送付&事務連絡先が上記登録者と違う場合は、下記にご記入ください。	
担当者名	
住所	〒
TEL	
E-mail	
請求書発行	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
振込予定日	年 月 日
ご紹介者名(任意)	

本協会は、会員様からご提供いただいた個人情報を、第三者に提供することはありません。また会員様の同意なく、情報の収集、目的外の利用を行うことはありません。

【お振込先】

銀行名:三井住友銀行 支店:飯田橋 (店番号:888) 口座番号:(普通)7243072

名前:トクテイヒエイリカツドウホウジンリンシヨウケンサシエンキョウカイ

- 1)お振込み手数料は貴社にてご負担ください。
- 2)銀行発行の振込控を持って、当方の領収書に代えさせていただきます。
- 3)会費は不課税です。

お問合せ先:特定非営利活動法人臨床検査支援協会(ASCL) 事務局
〒164-0011 東京都中野区中央 1-44-6 ステージ中野坂上 100
TEL/FAX:03-5937-1396 E-mail:info@ascl.or.jp

本協会情報公開に伴う企業情報掲載についての承諾書

事業活動及びその他の協会運営について、情報の提供及び公開を行うにあたり、賛助会員(企業・団体)様の情報を各種媒体に掲載する趣旨にご理解をお願い申し上げます。

<掲載情報>

掲載する目的	「賛助会員」のご紹介として掲載いたします。
掲載する場所	本協会ホームページならびにサイトへの掲載、印刷物(協会パンフレットやセミナー案内など)への記載
情報の内容	企業名称 企業様のホームページへのリンク
公開期限	原則として1年毎に更新

所定事項をご記入後、下記 FAX あるいは E-mail にて、賛助会員申込書と一緒にご返送をお願い申し上げます。

掲 載 承 諾 書

年 月 日

掲載について	<input type="checkbox"/> 承諾する	<input type="checkbox"/> 承諾しない
法人名		
所属		
担当者名		
ご意見ご要望		

以上

ご提出先:

入会申込書と一緒にご返送ください。

FAX : 03-5937-1396

E-mail : info@ascl.or.jp