

FAX : 03-5937-1396

E-mail : info@ascl.or.jp

必要事項をご記入のうえ、申込書を FAX または E-mail にて当協会までお送り下さい。
尚、入会日はお振り込みが確認できた日とさせていただきます。

賛助会員申込書

特定非営利活動法人臨床検査支援協会 御中

年 月 日

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。

□数	□	金	円也
----	---	---	----

御氏名・御社名または法人名 (ふりがな) (領収書宛名)	
御担当者 御氏名・御所属・役職	
所在地	〒
TEL	
FAX	
E-mail	
振込予定日	年 月 日

当協会は、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

(特定非営利活動法人臨床検査支援協会)

お問合せ先：特定非営利活動法人臨床検査支援協会 事務局

〒164-0011 東京都中野区中央 1-44-6-100 ステージ中野坂上

TEL/FAX:03-5937-1396

E-mail : info@ascl.or.jp

当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状況について、積極的に情報の提供及び公開を行うにあたりまして、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	当協会ホームページならびにサイトへの掲載、リーフレット（協会概要、学会セミナー案内など）などの印刷物
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年間毎に更新

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
企業名		
ご所属		
ご担当者名		
ご意見ご要望		

ご提出先：

特定非営利活動法人臨床検査支援協会 事務局

〒164-0011 東京都中野区中央 1-44-6-100 ステージ中野坂上

TEL/FAX:03-5937-1396

E-mail: info@ascl.or.jp