

特定非営利活動法人臨床検査支援協会 **団体賛助会員入会申込書**

申込日 年 月 日

口数	口	金	円也
振込予定日	年	月	日

\* 団体賛助会員の年会費は一口 50,000 円です。お申込みの口数に制限はありません。

\* 会費適用期間は当年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日です。

**【本協会情報公開に伴う法人賛助会員情報掲載の承諾について】**

掲載内容	本協会のホームページや印刷物(リーフレットなど)に名称やアドレス等の情報を掲載します。		
承諾の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	(いづれかに☑)

社名・法人名	
住所	〒
担当者名	
部署	
役職	
TEL	
E-mail	
備考	

**【お支払い方法】**

三井住友銀行	飯田橋支店(店番号:888)	普通口座	7243072
名義	トクヒ)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。

**本申込者に必要事項をご記入の上、下記 FAX、または E-mail でご送付ください。**

FAX	03-5937-1396	Email	info@ascl.or.jp
-----	--------------	-------	-----------------