

徳島県臨床工学技士会賛助会員加入申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成____年度の入会を申込みます。

入会申込者記入欄

申込年月日 平成 年 月 日

申込年月日	平成 年 月 日
企業名	
担当者	
住所	
電話番号	
FAX	
E-メールアドレス	
備考	

送付先:徳島市北佐古1番町1-39 川島病院 臨床工学技士室 宛

TEL 088-631-0110 FAX 088-631-5500

E-メールアドレス:jimukyoku@tokushimaacet.gr.jp