

大田区ヘルスケア産業振興協議会 入会申込書

申込日 平成 年 月 日

貴社/貴機関 の名称			
ご住所	(〒 -)		
URL			
担当者のお名前		所属・役職	
ご連絡先	電話番号：		FAX 番号：
	メールアドレス		
会員の種類	1.正会員 2.特別会員（議決権を有しない）国、自治体、及びこれに準ずる機関		

<p>■ 該当する業種に○印を付けて下さい。</p>				
1 医療・介護・福祉	2 健康・生活関連サービス	3 情報通信	4 専門サービス	5 バイオ関連
6 製造業	7 卸・小売	8 不動産業	9 観光関連	10 農林水産業
11 金融機関	12 報道・出版	13 大学・研究機関	14 関係機関・団体	
15 行政	16 個人	17 その他 ()		
<p>■ 貴社・貴機関の事業概要をご記入下さい。</p>				
<p>■ 貴社・貴機関がPRしたい製品・サービス、技術・ノウハウ等をご記入下さい。</p>				
<p>■ 貴社・貴機関が関心のある分野、他者と連携を期待する分野等をご記入下さい。</p>				

※ご提供いただいた個人情報は、本会の運営のみに使用いたします。
 ※なお「貴社・貴機関の名称」は、会員名簿に掲載し、ホームページ・印刷物等で公表させていただきます。

「入会申込書」をご記入の上、FAXまたはメールにて、お申し込み下さい。

大田区ヘルスケア産業振興協議会 事務局 大田区西蒲田 2-5-1 クレードル池上 アグリマス（株）内 担当 金森・黒井 TEL：03-3751-1139 FAX：03-3751-1129 メール：ota_healthcare@msnw.co.jp
--