

賛助会員登録申請書

_____年 ____月 ____日

(一社) 静岡県臨床衛生検査技師会
組織調査部 行

賛助会員について、下記のとおり登録申請します。

申請者氏名	
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規登録申請 <input type="checkbox"/> 登録変更申請 <input type="checkbox"/> 会員退会申請
会社名	フリガナ
※変更の場合 旧会社名	
所部課名	
※変更の場合 旧所部課名	
住所 ※ビル等まで 詳しく	フリガナ
	〒
連絡先	電話番号
	FAX
担当者	フリガナ
	氏 名
e-mail アドレス	

※ 登録内容に変更が生じた場合、**速やかに静臨技事務所**へ届け出てください。

申請書送付先：静臨技事務所

〒422-8062 静岡市駿河区稲川1-1-15 ヴィラセイユー稲川 207号室

TEL : 054-287-6337

FAX : 054-287-4113

e-mail : samtjim@samt.or.jp

(以下、静臨技記入欄)

受理年月日： _____年 ____月 ____日