「医 の 知 の 会」 入 会 申 込 書（法 人 会 員）

※申　込　日	（西暦）　　年　　月　　日
※社 名･団 体 名	（ふりがな）
担 当 部 署 名	
担　当　者　名	（ふりがな）
※所　在　地	〒　　－
※ 電 話 番 号	―　　―
※担　当　者 Ｅメールアドレス	@
※ 紹　介　者	
備　考　欄	
※支 払 い 方 法	□ 請求書　　□クレジットカード（Web 上でお申込みください）

※印は必須

事務局使用欄

受 付 担 当 者	
受 付 No.	
会 員 ID	