

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会 賛助会員申込書

貴社名 : _____

御所属 : _____

御担当者: _____

御住所 : 〒 _____

電話番号: () - _____

賛助会員 年会費: ¥ 20,000 円

ご入金予定日: 2019年 8 月 31 日まで

申込期間: 2019年 7 月 1 日 ~ 2019年 8 月 31 日

賛助会員継続申込方法

下記のお振込先にお振込みいただくとともに、賛助会員申込書に必要事項をご記入いただき、熊本県臨床工学技士会事務局まで郵送でお送りいただきますようお願い申し上げます。

なお、振込み手数料は貴社でご負担をお願い申し上げます。

お振込先

肥後銀行 水道町支店 普通 2655879

口座名義 一般社団法人 熊本県臨床工学技士会

代表理事 山田 佳央

お問い合わせ先・賛助会員申込書送付先

〒860-0004 熊本県熊本市中央区新町4丁目7-22

医療法人野尻会 熊本泌尿器科病院 臨床工学科

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会 事務局

下條 隆史 行

電話番号: 096-354-6781

E-mail: simojyou@nojirikai.jp

その他、ご不明な点ご質問などございましたらお書きください。