

## (一社)熊本県臨床工学技士会賛助会員申込書

貴社名		⑩
御所属		⑩
御担当者		
御住所		
電話番号		
Email		

# 賛助会員会費：金 20,000 円也

お申し込み期限 2024 年 10 月 31 日

ご入金期限 2024 年 11 月 30 日

### # 賛助会員申込方法

下記のお振込先にお振込みいただくとともに、本書を事務局まで郵送でお送りください。なお、振込み手数料は貴社でご負担お願い致します。

### # 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・送付先

〒861-8520 熊本県熊本市東区长嶺南 2 丁目 1-1

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会 事務局

熊本赤十字病院 臨床工学部内

濱口 真和

電話番号：096-384-2111

Email:jimukyoku.kacet@gmail.com