ヘルスケア・サービス効果計測コンソーシアム入会申込書

申込み日	年　　月　　日
会員種別(いずれかに〇)	一般会員Ａ（　法人　・　個人　）　一般Ｂ（　法人　・　個人　）
フリガナ	
法人名（または個人名）	
代表者氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ: ＿＿＿＿＿＿＿＿	〒 住所: 電話:　　FAX: 所属: 役職: メールアドレス:
代表者様以外にも事務局からのお知らせが必要な方は、下記にご記入ください。	
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿	所属: 役職: メールアドレス:
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿	所属: 役職: メールアドレス:
会員であることの公表	どちらかにチェック(レ)を入れてください ☐　承諾する　　☐　非公開を希望
事務局への連絡事項	

１．この申込書は、会員原簿として保存します。

２．この入会申込書は、E-mail もしくは郵送で事務局へお送り下さい。

３．年会費　(運営会則第 15 条参照)

・一般Ａ及び特別会員は、会費徴収を行いません。

・一般Ｂは、一会計年度の会費は二口以上（一口は消費税を含み10万円）。ただし、中小企業（中小企業基本法第２条に該当する法人）は、一口以上。

・会費請求は運営委員会において入会承認後、産総研より会費納入依頼書を郵送します。2枚目の会費納入依頼先の情報をご記入ください。

４．ご記入頂いた個人情報は本コンソーシアム事業以外の目的で使用されることはありません。

[送付・お問い合わせ]

〒135-0064　東京都江東区青海 2-3-26

国立研究開発法人 産業技術総合研究所 臨海副都心センター

産学官連携推進室内　ヘルスケア・サービス効果計測コンソーシアム事務局

E-mail : HSC-ml@aist.go.jp　　TEL : 03-3599-8006

一般会員Ｂ　会費納入依頼先

（　新 規　・　変 更　）いずれかに〇			
フリガナ			
法人名			
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
ご担当者 （会員以外の場合）			