

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○)	一般会員 A (法人 ・ 個人) 一般会員 B (法人 ・ 個人)
フリガナ	
法人名 (または個人名)	
代表者氏名 フリガナ: _____	〒 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 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 非公開を希望
本コンソーシアムへの入会の動機・目的もしくは本コンソーシアムに期待することについてお教えください	
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 で事務局宛 (HSC-ml@aist.go.jp) にお送り下さい。
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。

一般会員 B 会費納入依頼先

(新規 ・ 変更) いずれかに○			
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)			