

宛先：神戸医療産業都市構想研究会事務局  
(財団法人先端医療振興財団)

F ax: 0 7 8 - 3 0 6 - 1 7 0 8

神戸医療産業都市構想研究会・入会申込書

フリガナ	
御社名	
フリガナ	
入会者御芳名	
入会者御役職	
御連絡担当窓口	
フリガナ	
御担当者名	
御役職	
御連絡先	
郵便番号	
住所	
Tel	
Fax	
E-mail	
URL	
	御社名に英語表記がある場合は、御連絡ください。
英語表記御社名	
会費に請求書は	要・不要
会費に領収書は	要・不要
備考	