

## 賛助会員申込書（平成 年度）

貴 社 名		
担 当 者	部 署 名	
	ご 芳 名	
ご 住 所	〒	
T E L	(            )	
F A X	(            )	
E - mail		

振込方法（いずれかに を）	郵便口座            ・            銀行口座
払 込 金 内 訳	_____口            _____円
会費振込（予定）年月日	平成            年            月            日

**【問合せ先】 大阪府臨床工学技士会事務局 楠本繁崇**  
 〒565-0871 吹田市山田丘2番15号  
 国立大学法人大阪大学医学部附属病院MEサービス部内  
 TEL:06-6879-5095 FAX: 06-6879-5098  
 E-mail: info@osakace.com  
<http://www.osakace.com>