

群馬健康クラウドネットワーク協議会 入会申込書（賛助会員）

群馬健康クラウドネットワーク協議会の活動趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※入会を希望される方は、会員区分に印をつけ、必要事項記入の上事務局にご提出ください。

賛助会員（年額 50,000 円）

申込日

平成

年

月

日

ふりがな			ふりがな		
申込 団体名			代表者 氏名		
代表 連絡先	〒	TEL.	FAX.		
	所在地				
	URL http://				
	E-mail.		@		
窓口 担当者 連絡先 (※同上可)	担当者 氏名			所属	
	〒	TEL.	FAX.		
	所在地				
	E-mail.		@		
貴社 関心 事項	貴社の関心事項(該当事項にチェックしてください) <input type="checkbox"/> がん治療連携 <input type="checkbox"/> 電子健康手帳 <input type="checkbox"/> 遠隔医療通訳 <input type="checkbox"/> メディカルツアーリズム <input type="checkbox"/> 医療 ICT 人材養成 <input type="checkbox"/> その他()				
備考					

※事務局使用欄

/ /	/ /	/ /	/ /

初年度年会費納入 年 月 日

**群馬健康クラウドネットワーク事務局
NPO 法人群馬コングレスサポート**

事務局

〒371-0805 前橋市南町 2-65-1
Tel. 027-260-9014/Fax. 027-260-9004