一般社団法人 医療トレーサビリティ推進協議会 会員参加申込書

申込年月日：　　年　　月　　日

一般社団法人 医療トレーサビリティ推進協議会　2026年度　　に

□ 参加いたします　□ 参加いたしません

＊いずれかに必ずチェックをお付けください。

＜ご参加の場合＞

(一社) 医療トレーサビリティ推進協議会への会員参加を申し込みます。

会員区分

□1．正会員　　□ 2．賛助会員

＊いずれかに必ずチェックを付け、必要事項をご記入ください。

貴社名	
貴社名フリガナ	
代表者名	
代表者名フリガナ	
役職名	
オフィス住所	

■受付担当者（複数名の場合は、適宜追加ください）

①※１名は必ず入力してください			
フリガナ		部署及び役職名	
氏名		電話番号	
E-mail			
②			
フリガナ		部署及び役職名	
氏名		電話番号	
E-mail			
③			
フリガナ		部署及び役職名	
氏名		電話番号	
E-mail			
④			
フリガナ		部署及び役職名	
氏名		電話番号	
E-mail			