

# 入会申込書 (法人会員用)

S H R等疾患モデル共同研究会 殿

S H R等疾患モデル共同研究会へ法人会員としての入会を申し込みます。

年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先担当者 \_\_\_\_\_ 印

部署名 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
(上記以外の場合)

T E L \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

----- 以下共同研記入欄 -----

[入会認定委員意見]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

委員名 \_\_\_\_\_