

信州メディカル産業振興会 入会希望届

(Shinshu Medical Industry Association : SMIA)

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

ふりがな 企業名・機関名		
WebサイトURL (HP記載)		
ふりがな 代表者 (役職・氏名)		
ふりがな 連絡担当者 (部署・役職・氏名)		√欄
ふりがな 本社所在地	〒	√欄 ※4
ふりがな 担当者住所	〒	※4
連絡担当者 TEL・FAX	TEL : FAX :	√欄
連絡担当者 E-mail		√欄
社内周知用 E-mail	<small>セミナー開催や情報提供等について、連絡担当者の他にご案内可能なアドレスがあればご記載ください。(例:社内周知用メールリスト、広報担当部署等)</small>	
入会のきっかけ・目的		
得意とする分野・技術・ 代表的な製品		

※1 入会希望届を受付後、必要書類を担当者住所に郵送いたします。

※2 頂いた個人情報の取扱いに関しては、信州大学の規程に準じます。

※3 太字部分は、会規約第3条及び第4条に則り作成する会員名簿に掲載し、名簿に掲載される会員に対して公開・配布いたします。会員への公開名簿に掲載してよい場合は、記入欄右へ√マークをご記載ください。

上記情報を非公開としたい場合は、公開可能な連絡先を下記へご記載ください。

※4 住所については、いずれか一方をお選びいただくか、公開可能な連絡先を下記へご記載ください。

《会員名簿掲載情報》

ふりがな 担当者 (部署・役職・氏名)		
ふりがな 住所	〒	
TEL・FAX	TEL : FAX :	
E-mail		
備考	<small>お問合せ時の窓口担当者名等、公開可能な範囲で明記ください。</small>	