

# 入 会 願 (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入会を希望いたします。

平成 年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先担当者 \_\_\_\_\_ ⑩

部署名 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
(上記以外の場合)

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

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

-----  
[入会認定委員意見欄]

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

委員名 \_\_\_\_\_