

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 _____ (印)

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 _____