

事務局使用 No.	
入金日	
手続き完了	

FAX送信先：03-3380-8627
へるす出版事業部内 HBC事務局 行

一般社団法人 Healthcare BCPコンソーシアム 団体正会員 入会申込書

平成 年 月 日

記入者 _____ 印

施設	母体名称(法人名など)		
	フリガナ		
	施設名		
所在地	〒		
TEL	()	内線()	
FAX	()		
E-Mail			
代表者	フリガナ		所属部・科
	氏名		
指定代表者 (議決権を行 使する方)	フリガナ		所属部・科
	氏名		
連絡先氏名 (宛名)	フリガナ		所属部・科・職種
	氏名		
入会の理由			

- 1) 本申込書に必要事項を記載のうえ本学会事務所へお送り下さい。
- 2) 銀行の振込用紙、またはATMより、団体正会員年会費50,000円をお振込み下さい。

※振込名義人のお名前は代表者様のフルネームでご入力ください。

振込先： りそな銀行 中野支店 普通口座 1828602
フリガナ： シヤ)ヘルスケア ビーシーピーコンソーシアム
口座名： (社)Healthcare BCPコンソーシアム

※入金日を持って申込日となります。

領収証は発行しませんので振込票の控えをお取り置き下さい。

なお、本学会事業年度は、4月1日～翌3月31日迄です。

※入会の諾否については、定款に基づき理事会承認後にご連絡いたします。

承認後は入会申込日に遡り会員登録を行います。ご希望に添えない場合は年会費は返却します。

一般社団法人 Healthcare BCPコンソーシアム
(株)へるす出版事業部内
〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3
☎03-3384-8177・FAX03-3380-8627
Mail: hcbcp@herusu-shuppan.co.jp