

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。

フリガナ 企業名・機関名		
WebサイトURL(HP記載)		
フリガナ 代表者(役職・氏名)		
フリガナ 連絡担当者(部署・役職・氏名)		✓欄
フリガナ 本社所在地	〒	✓欄 ※4
フリガナ 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	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:社内周知用メールクリア、広報担当部署等)	
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》

フリガナ 担当者(部署・役職・氏名)	
フリガナ 住所	〒
TEL・FAX	TEL: FAX:
E-mail	
備考	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。