

## 徳島県臨床工学技士会賛助会員加入申込書

私は、貴会の目的に賛同し令和\_\_\_\_年度の入会を申込みます。

入会申込者記入欄

申込年月日 令和 年 月 日

申込年月日	令和 年 月 日
企業名	
担当者	
住所	
電話番号	
FAX	
e-mail	
備考	

### 【送付先】

〒779-4401 徳島県美馬郡つるぎ町半田字中藪 234-1

つるぎ町立半田病院 診療支援部 臨床工学科 割石 宛

TEL 0883-64-3145 FAX 0883-64-3148 e-mail: [jimukyoku@tokushimace.com](mailto:jimukyoku@tokushimace.com)