

## 入会申込書（法人賛助会員）

公益社団法人東京都診療放射線技師会 殿

法人名称 (フリガナ)	
法人名称	印
住 所	〒
メールアドレス	
電話 番号	
F A X 番号	
入 会 口 数	口 （一口 20,000 円/年会費）

### 会誌等郵便物送付先

住 所	〒
部 署	
氏 名	
電話 番号	
F A X 番号	

### 請求書送付先

住 所	〒
部 署	
氏 名	
電話 番号	
F A X 番号	
通 信 欄	

受 付  
理事会承認  
入会通知

平成	年	月	日	
平成	年	月	日	印
平成	年	月	日	印