広 告・協 賛・賛助会員　申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.

貴社名

　　申込者名　　　　　　　　　　　貴社メールアドレス

貴社住所 〒

　　　　　　　 　☎

　　賛 助 会 員・協 賛 の 申 込　　　　　　　　　　　　 年 会 費・協 賛 費

　　　　　1. 賛 助 会 員 （社名のみ掲載） 　 ２００００円

2. 協　　賛 （掲載なし） 　　　　　 ２００００円

広 告 の 申　込 サ イ ズ 　　 年 間 広 告 料

A. 表紙　Ⅰ・Ⅱ （　B　５　） ６００００円

　　　　 B. 記 事 中 （　B　５　） ４００００円

　　　　 C. 記 事 中 （　B　６　） 　３００００円

【上記の、1 or 2、 A〜Cの記号に○を付けて下さい。】

令和　　年　　月　　日

一　般　社 団 法 人 徳島県臨床検査技師会

　　　　　　　　　会長　　　中尾　隆之　殿

　　　　　上記の広告・協賛・賛助（記号：　　）について申し込みをいたします。

　　　　　　　　　　貴社名

　　　　　　　　　　申込者　　　　　　　　　　　　　　　印

料金のお支払いについては、下記の郵便口座へ振り込みをお願いいたします。

店番号　：628　　　　　　　口座種類：普通預金

口座番号：1788721　　　　 口座名義：一般社団法人徳島県臨床検査技師会

　　　　　申込書・フィルム・青刷りの送付先、および問い合わせ

　　　　　　　　〒776-8511　徳島県吉野川市鴨島町知恵島字西知恵島120

JA徳島厚生連吉野川医療センター　臨床検査科　益田　昂典

TEL 0883-26-2222

FAX 0883-26-2300

　　　　　　　　　　　📧：[kensa2@ja-ymc.jp](about:blank)　（できるだけ📧でお申し込み下さい）