(FAX送信先：03-5282-8809)

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　賛助会員履歴書兼申請書(団体用)**

**団体概要(パンフレット等)の資料がございましたら併せてご提出下さい。**

**年　　　月　　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** | | | **※下記全て必須項目です。ご記入漏れの内容お願いいたします。** | | | | **設 立 日** | | |
| **団体名**  **(企業名)** | | | 社印 | | | | **(西暦)**  **年　　　月　　 日** | | |
| **英語表記** | | |  | | | | | | |
| **所在地** | | | **〒　　　　-** | | | | | | |
| **TEL　　　　　－　　　　　－**  **FAX　　　　　－　　　　　－** | | | | | | |
| **ホームページ**  **(任意)** | | | https://www. | | | | | **URL公開** | |
| **可 ・ 否** | |
| **担当者について** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** | |  | | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | **性別** |
| **部署名** | |  | | **氏名** |  | | |  |
| **連絡先** | | **E-mail**  **携帯番号等　　　　－　　　　　－** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **メール配信可否**  **(いずれかに☑）** | | | **可　　  重要なら可　  不可** | | | | | | |
| **団体沿革　(別紙添付も可)** | | **年　 　月** | |  | | | | | |

※この書式は団体登録専用です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(2020.10)