FAX　0265-24-0962

飯田メディカルバイオクラスター事務局　行

飯田メディカルバイオクラスター

入会希望届

申込日　　年　　月　　日

飯田メディカルバイオクラスターの趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

ふりがな 企業名・機関名	
ふりがな 代表者（役職・氏名）	
ふりがな 本社所在地	〒
ふりがな 連絡担当者 （部署・役職・氏名）	
ふりがな 文書送付先	〒
連絡担当者 電話・FAX	電話： FAX：
連絡担当者 E-mail	
所属希望分科会 ○をご記入ください	食品系　・　医療機器系
ふりがな 分科会名簿登録者	