

医療介護経営研究会パートナー企業入会申込書

私は、医療介護経営研究会のパートナー企業会員になることを申し込み致します。

平成 年 月 日

フリガナ			
会社名			
フリガナ			
代表者氏名			
フリガナ			
会社住所	〒		
	都 道 府 県		
会社TEL	() -	会社FAX	() -
Eメールアドレス			※C-SRからのご連絡を配信致します。 ご希望のアドレスをご記入下さい。
ホームページURL			
ご入会希望月	月より入会を希望します ※月の途中からの入会であってもその月の会費のお支払いを お願いしております。		
ご希望のコース	<input type="checkbox"/> スタンダード会員様 (会費：無料) <input type="checkbox"/> ビジネス会員様 (月会費：10,000円 税込み)		
※預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書”をお送り致します。月会費は口座引落とさせていただきます。 ※ご退会をご希望の場合は、退会希望月の前月末日までに、その旨をC-SR事務局までお知らせください。			

◆送付・お問い合わせ先

住所：〒861-4101

熊本市南区近見8丁目6-29

TEL：096-277-1298 FAX：096-277-1296

メール info@c-sr.jp

一般社団法人 医療介護経営研究会 (C-SR)

事務局使用欄	No :	受付日 :
--------	------	-------