**FAX：03-5642-6145／E-mail：info@chemicalglove.net**

化学防護手袋研究会　入会申込書（法人・個人）

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

化学防護手袋研究会　会長　田中　茂　様

貴研究会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

入会後は、化学防護手袋研究会の規約を遵守いたします。

◆入会者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 入会区分  いずれかに○印 | 法人　　・　　個人 |
| 法人名  または個人名 |  |

◆所属先情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 法人名  (個人会員の場合は記入不要) |  |
| 所在地 | 〒 |

◆連絡窓口

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 連絡責任者名 |  | | |
| 所属部署 |  | 役職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス  ※必須項目 |  | | |

※メールアドレスが会員専用HPのログインIDとなります。

|  |
| --- |
| 会費請求書及び資料等送付先住所：　（メール添付PDFで可能な場合は記入不要） |
| 入会希望日：　（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 会員の種類： 法人正会員（年会費　20,000円） 法人賛助会員（年会費　20,000円）  （いずれかに〇印） 個人正会員（年会費　 5,000円） 個人賛助会員（年会費　 5,000円） |
| 備考： |

入会申込書を受領後、事務局よりメールにて会費等のご案内をさせていただきます。

