

Medical Imaging Academy 法人会員登録申込書

法人会員 ~ 10 名

年間 100,000 円

申込年月日 _____

代表者氏名	(ふりがな)		
E-mail	@		
施設名	(ふりがな)		
所属部署名			
施設住所	〒		
	TEL		FAX
登録者 E-mail	@ @ @ @ @ @ @ @ @		
申込みのきっかけ 該当に	雑誌 でみて		本サイトのパンフレット
	紹介(知人・代理店)		学会展示
	インターネット検索	その他	

上記に必要事項を全てご記入の上、下記いずれかの方法にてお申し込みください。
医療施設従事者であることを確認させて頂くため、確認書は原則貴施設宛に送付致します。

お申し込み先

【郵送の場合】

株式会社 ワイティ 管理部

〒388-8020 長野県 長野市 神明 87 TEL: 026-283-7453

【FAX の場合】

FAX: 026-291-0220 宛

【E-mail の場合】

E-mail: info@medical-imaging-academy.com