公益財団法人医療機器センター附属医療機器産業研究所

研究協力参加申込書

（各種団体等用）

　　　年　　　月　　　日

公益財団法人医療機器センター理事長殿

下記のとおり貴財団附属医療機器産業研究所に係る研究協力者として参加申込を致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 所属・役職 |  |
| フリガナ氏名 |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |
| 職員の数 | 名 | 資本金 | 万円 |
| 研究協力費 | （　　　　　口） |
| 通信欄 |  |
| 連絡先 | □上記と同じ（以下は空欄）　　□上記と異なる（以下もご記入下さい） |
| 連絡担当者 | 氏名：所属・役職：電話：E-mail： |