令和　　　年　　　月　　　日

**入　会　申　込　書**

一般社団法人 ＭＢＴコンソーシアム

理　事　長　　 細　井　裕　司　殿

貴法人の定款に規定する理念および事業の趣旨に賛同し、下記のとおり入会の申込みをいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団　体　名  （会　社　等） | （ふりがな） | |
|  | |
| 代　表　者  （役職名および氏名） | ㊞ | |
| 住　所 | 〒  TEL:　　　　　　　　　　　　FAX:  E-mail: | |
| 書　類　等  送付先  住所・部署 | 住所：〒  担当部署名：　　　　　　　　　　担当者名：  TEL:　　　　　　　　　　　　　　FAX:  E-mail: | |
| 業　　種  （該当を選択ください） | 1.農林・水産・鉱業 2.建設 3.食品 4.繊維・パルプ・紙 5.化学 6.医薬品 7.石油・ゴム・窯業  8.鉄鋼 ・非鉄・金属 9.機械 10.電気機器 11.輸送機器 12.医療・精密機器 13.その他製造 14.商業  15.金融・保険 16.不動産 17.運輸・倉庫 18.情報・通信 19.電力・ガス 20.サービス  21.公共・その他（自治体、大学、病院） | |
| 貴社企業情報  （概略を記載下さい） | 資本金：  従業員数：  取引銀行：  主要取引先： | |
| 会費口数  （ご記入ください） | 口 | ５０，０００円／１口 |
| ご紹介者 | □あり（紹介者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし | |

※１：個人で入会を希望される方は、団体名（会社等）の記入は不要です。

※２：法人で入会を希望される方は、会社概要（事業内容等）が確認できるものを併せて提出してください。

※３：会費は年会費です。入会費はございません。尚、入会がその年度後半の場合は、その年度の年会費は半額とさせていただきます。

※４：必要事項を記入の上、以下の問い合わせ先へＦＡＸまたはメールにてお申込みください。

※５：入会承認後、年会費請求書を送付いたします。

【本件に関するお問い合わせ先】

一般社団法人　ＭＢＴコンソーシアム

〒634-0078　奈良県橿原市四条町840番地

奈良県立医科大学　研究推進課内

TEL:0744-29-8853 / FAX:050-3164-5598

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail: mbt@mbt.or.jp