沖縄地域の医療機関における電波利用推進協議会

入会申込書

協議会事務局(総務省沖縄総合通信事務所監視調査課)　　　宛

住所:〒900-8795那覇市旭町1-9 カフーナ旭橋B街区5F

FAX:098-865-2321／E-mail:okinawa-kankyou\_atmark\_soumu.go.jp

（スパムメール防止のため「\_atmark\_ 」を「＠」に直して入力してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | □法人・団体　　　　□個人  ※チェックボックスにチェック願います。 |
| 法人・団体又は個人名 | ※個人名にあっては振り仮名をお願いします。 |
| 法人・団体代表者  役職・氏名 | ※法人・団体会員の場合に記載願います。又振り仮名をお願いします。 |
| 住所 | 〒 |
| 所属・役職 | ※個人会員の場合に記載願います。又振り仮名をお願いします。 |
| 連絡担当者氏名 | ※法人・団体会員の場合に記載願います。 |
| 連絡担当者  所属・役職 | ※法人・団体会員の場合に記載願います。 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

* ご記入の個人情報は、沖縄地域の医療機関における電波利用推進協議会に関する事務のみに使用し、その他の目的で利用・提供することはありません。

申込日：令和　　年　　月　　日