

あおりヘルステックコンソーシアム入会申込書

あおりヘルステックコンソーシアム事務局 様

年 月 日

企業（団体）名 \_\_\_\_\_

所属・役職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

別紙「あおりヘルステックコンソーシアム運営会則」を遵守することを承諾し、あおりヘルステックコンソーシアムへの入会を申し込みます。

企業（団体）名		
代 表 者 名		
所 在 地	(〒 - )	
連 絡 先	担 当 者	
	T E L	
	F A X	
	E メール	

備考：個人情報の取り扱いについて

この入会申込書に記入された個人情報は、あおりヘルステックコンソーシアム事務局が取得し、あおりヘルステックコンソーシアム意見交換会への参加のご連絡やあおりヘルステックコンソーシアムの運営に必要な範囲で使用いたします。