

受付番号 _____

入会申込書



一般社団法人日本医療機器工業会 御中

貴工業会に、正会員として入会いたしたく、入会金200,000円及び
平成 年度会費 (月～ 月分) 円を添えて申し込めます。*

平成 年 月 日

主たる事務所 〒

の所在地 TEL FAX

ふりがな
企業名 (役職名) (会社印)

英文名 代表者名 (氏名)

(役職名) TEL FAX

ふりがな
連絡担当者名 (氏名) E-mail

企業構成員数

- (1) 役員 名
- (2) 常勤構成員 名
- (3) 非常勤構成員 名
- (4) 管理部門 名 計 名 (平成 年 月 日現在)

・該当事項について記載してください。

①法・第23条の2の規定による医療機器製造販売業の許可年月日及び許可番号	許可年月日 年 月 日	許可番号 号
②法・第23条の2の3の規定による医療機器製造業の登録年月日及び登録番号	許可年月日 年 月 日	許可番号 号
③法・第40条の2の規定による医療機器修理業の許可年月日及び許可番号	許可年月日 年 月 日	許可番号 号
④上記に該当しない場合には右欄に○印を付けてください。		

主要営業品目			
資本金 (単位百万円)	百万円	年商 (医療機器販売高)	百万円
支店または営業所所在地	工場所在地		
社歴概要			

※入会金ならびに会費については理事会の承認後、合計金額にて請求させていただきます。

※登記簿謄本、事業案内等を添付してください。

入会について、推薦者が必要な場合はこちらに記載してください。

(会社名) (氏名)