該当する料金へチェックくださいますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 正会員　80,000円 |
| □ | 上級臨床培養士を取得している正会員　40,000円 |

本紙に写しを

貼付して下さい。

団体価格審査料適用依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 経理担当者名 |  |
| ご連絡先 | E-mail |
| Tel |
| 書類郵送先 | 〒 |
| 該当申請者名 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

以上