

多言語対応医療情報提供システム推進コンソシアム参加申込書

送信先

宛先 多言語対応医療情報提供システム推進コンソシアム事務局 行
電話 or FAX : 03-3238-4123 e-mail:sochas-con-reg@ml.sophia.ac.jp
〒102-0081 東京都千代田区四番町7-1 上智大学理工学部情報理工学科 高岡詠子行

※以下にもれなくご記入ください

年 月 日

「個人情報を取得する場合の通知及び同意書」に同意し、

多言語対応医療情報提供システム推進コンソシアムへの入会を希望します。

法人会員 / 個人会員 / 特別会員

(希望する会員種別いずれかを選択してください)

(フリガナ)

貴社(団体)名:

URL:

業種:

ご登録者: 役職:

(代表窓口) (フリガナ)

氏名:

ご連絡先: 部署名:

(ご登録者以外にも連絡 (フリガナ)

を希望される場合) 担当者名:

所在地: 〒

電話:

FAX:

e-mail:

入会のきっかけ:

希望するワーキンググループ(複数選択可)

仕様検討 / 普及活動 / 実証実験 / 翻訳