

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
年度会費（ 月～ 月分） 円を添えて申し込みます。*

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 (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) _____