

長崎県医療福祉ものづくりネットワーク

入会申込書

平成 年 月 日

この度、「長崎県医療福祉ものづくりネットワーク」の規約に同意し、下記のとおり「長崎県医療福祉ものづくりネットワーク」の会員へお申込みいたします。

貴社名			
代表者名			
所在地	〒		
TEL		FAX	
E-mail(代表)			
従業員数	名		
事業内容			

長崎県医療福祉ものづくりネットワーク

事務局：長崎県産業労働部産業技術課

受付窓口：財団法人 ながさき地域政策研究所

〒850-0035 長崎県長崎市元船町 17-1

TEL.095-820-4865 FAX.095-818-2763