

「保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤普及促進コンソーシアム」 ご参加について

「保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤普及促進コンソーシアム」は、目的・趣旨及び事業に賛同する法人等を対象とした会員により組織運営されます。

添付の「保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤普及促進コンソーシアム設立趣意書」にご賛同頂き、下記要領にて参加お申込み下さいますようお願い申し上げます。

会員種別

<A会員>

本コンソーシアムの委員会、会員が協同で企画運営する調査、研究事業等のワーキンググループやプロジェクト等の事業活動に対してテーマを企画並びに提案ができ、且つプロジェクトリーダーとして事業活動を運営できる指導的な法人とします。

<B会員>

本コンソーシアムの目的達成のため、本コンソーシアムの企画運営する事業活動に参加して積極的に活動できる法人とします。

<賛助会員>

本コンソーシアムが行う委員会、事業活動に参加して利用者やサービスを提供する業界の立場での意見提示でき、理事会が本コンソーシアムの目的及び事業に照らして特に認めた個人、又は公共・社会性を有する団体とします。

年会費

A会員 : 3口
B会員 : 1口
賛助会員 : 無料

* 年会費 : 1口=(年間5万円)

ご入会の申込み手続き

所定の入会申込書に必要事項をご記入し、下記事務局までご郵送下さい。

* 会員種別を○印にてご指定下さい。

* 会員登録者の押印は、法人印ではなくて結構です。

[宛 先]

〒105-7123

東京都港区東新橋1-5-2 汐留シティセンター

富士通株式会社

政策渉外室内 HEASNET事務局

事務局長 御魚谷 武

「保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤普及促進コンソーシアム」

入会申込書

平成 年 月 日

保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤普及促進コンソーシアム殿

この度、貴コンソーシアムの目的・趣旨及び事業に賛同し、下記のとおり入会申し込み致します。

会員種別 : A会員・B会員・賛助会員

会員名 _____

会員登録者 *1

氏 名 _____ 印
住 所 〒 _____

部 署 _____
役 職 名 _____
電話番号 _____ (内線等)
FAX番号 _____
e-mail _____

連絡窓口 *2

氏 名 _____
住 所 〒 _____

部 署 _____
役 職 名 _____
電話番号 _____ (内線等)
FAX番号 _____
e-mail _____

- *1: 総会への出席者として登録される方についてご記入をお願いします。
(登録者の代理の方が総会にご出席の場合には、委任状を持参下さいますようお願いいたします。)
- *2: 各種事務連絡をさせて頂く時の窓口の方についてご記入をお願いします。