

「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、本会の規約に賛同する会員により組織運営されます。

本ホームページ掲載の「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規約」内容をご了解いただき、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

* 1口 : 年間5万円

ご入会の申込み方法

入会申込書に必要事項をご記入・ご捺印し、下記の宛先まで郵送又は電磁的記録(PDF、JPEG、MPEG等)によりE-Mailにて送付してください。

[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:藤田 英睦
・E-Mail: info@heasnet.jp

「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規約に賛同し、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

* 会員種別を○印にてご指定下さい。

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 _____

* 氏名欄の押印は、私印で結構です。

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: 法人等の場合は、本会への代表者の方の氏名等をご記入お願いします。

*2: 本会との各種事務連絡をさせていただく際の窓口の方の氏名等をご記入お願いします。