（西暦）　　　　年　　月　　日

一般社団法人 日本画像医療システム工業会　行き

**中小企業税制申請連絡者登録届**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 | 　 |
|
| 会員区分 | 会　　　員　　　　　　　　　　　・　　　　　　非　　会　　員 |
| ふりがな | 　 |
| 申請連絡者 | 　 |
|
| 所属及び役職 | 所属部署 |  | 役職名 |  |
| 所在地 | 〒　 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail | 　 |
| 担当年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　～ |
|
| 備考 |  |

貴会に対する、中小企業税制申請連絡者を上記のとおり登録します。

注：この個人情報は、(一社)日本画像医療システム工業会の税制申請に関するご連絡以外には使用いたしません。