

P & A 入会申込書

〈特定非営利活動法人〉予防医学・代替医療振興協会御中

貴協会の主旨、目的に賛同し、会員として入会を申し込みます。
申し込みにあたり会員規約をよく読み、遵守することを約します。

申込日 年 月 日

希望する会員の種類を 右の□に印をつけて下さい		<input type="checkbox"/> 一般会員	<input type="checkbox"/> 法人会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員	
氏名	フリガナ	申込者印		紹介者名	フリガナ
	法人加入の場合は代表者のご氏名をご記入下さい。				
性別	生年月日		年齢	家族構成	
男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			配偶者 有 無	子供 人
自宅住所	〒 -				
	TEL ()		携帯 ()		
	FAX ()		E-mail		
社名	もしあれば所属団体名をご記入下さい。		業種	職種	
会社所在地	〒 -				
	TEL ()		FAX ()		
	E-mail				

年会費	<input type="checkbox"/> 一般会員：5,000円 <input type="checkbox"/> 法人会員：50,000円（初年度は入会金 50,000円も別途必要） <input type="checkbox"/> 賛助会員：一口 50,000円 （該当するものに印をつけて下さい。）
ご注意	1. 顔写真（2.5×3 cm）を2枚同封して下さい（IDカード・会員証に使用します）。 2. 入会申込書の控えはご自身でコピー願います。

※ 年会費等のお振り込み先

下記の振込先にお振り込み下さい。

【郵便局】口座番号：00120-6-501737 加入者名：特定非営利活動法人 予防医学・代替医療振興協会

【三井住友銀行】新宿西口支店 普通 8994969 口座名：特定非営利活動法人 予防医学・代替医療振興協会

〈特定非営利活動法人〉予防医学・代替医療振興協会

〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-21-6 プラザ F1 ビル 7F

TEL：03-5269-1731 FAX：03-5269-1730

E-mail：info@pamedicine.jp

<http://www.pamedicine.jp>

協会記入欄		年	月	日
入金日		会員ID番号		
更新				
備考	松山支部・沖縄・東北			