

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 賛助会員（法人）入会申込書

申込日： 年 月 日

※内容をご確認の上、□に「✓」をお願いします。

□私は、以下に記入のとおり、一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会に賛助会員として入会を申請します。

■ 法 人 ■

名 称		
所 在 地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都・道・府・県
業 種		
ご担当者	姓(Family Name)	名(Given Name & Middle Name)
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		
所 属	部署名： (役職：)	
	TEL： (内線： ・ 直通)	FAX：
	E-mail：	

※ご担当者様は3名までご登録いただけます。申込書の2ページ目にご記入ください。

■ 会費申込口数 ■

申込口数	50,000円 × () 口 ※ご希望の申込口数をご記入ください。
------	------------------------------------

お問い合わせ先：

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 事務局

〒102-0093 東京都千代田区平河町 1-6-15 US ビル 8F

TEL：03-6869-8314/FAX：03-6431-8241/MAIL：info@jmap.or.jp

ご担当者	姓(Family Name)	名(Given Name & Middle Name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
所 属	部署名： (役職：)	
	TEL： (内線： ・ 直通)	FAX：
	E-mail：	

ご担当者	姓(Family Name)	名(Given Name & Middle Name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
所 属	部署名： (役職：)	
	TEL： (内線： ・ 直通)	FAX：
	E-mail：	

ご担当者	姓(Family Name)	名(Given Name & Middle Name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
所 属	部署名： (役職：)	
	TEL： (内線： ・ 直通)	FAX：
	E-mail：	