

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 賛助会員（個人）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。

	姓(Family Name)	名(Given Name & Middle Name)	
ローマ字			
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男(Male) ・ 女(Female)

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先（送付先）を○印で囲んでご指定ください。

■ 所属 ■

名称	部署名： (役職：)		
	〒	都・道・府・県	
所在地			
	TEL：	(内線： ・ 直通)	FAX：
	E-mail：		

■ 現住所（自宅） ■

現住所 (自宅)	〒	都・道・府・県
	TEL：	FAX：
	E-mail：	

■ 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