

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 入会申込書（賛助会員）

申込日： 年 月 日

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 (団体名)			
所在地	〒	-	都・道・府・県
業 種			

■ 代表担当者 ■

	姓(Family Name)	名(Given Name)	
フリガナ			
氏 名			
部 署 名		役職・職名	
T E L	(内線： ・ 直通)	F A X	
E - m a i l			

■ 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。
------	-----------------------------------------

※3名様まで担当者を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。

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／E-MAIL：info@jmap.or.jp

■ 担当者 ■

	姓(Family Name)	名(Given Name)	
フリガナ			
氏 名			
部 署 名		役職・職名	
T E L	(内線： ・ 直通)	F A X	
E - m a i l			

	姓(Family Name)	名(Given Name)	
フリガナ			
氏 名			
部 署 名		役職・職名	
T E L	(内線： ・ 直通)	F A X	
E - m a i l			