

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。

	姓(Family Name)	名(Given Name)		
フリガナ				
氏 名				
性 別	男(Male) ・ 女(Female)	生年月日	年 月 日	
E - m a i l				

連絡先	1. 所属先	2. ご自宅等
-----	--------	---------

※連絡先（送付先）を○印で囲んでご指定ください。

■ 所属先 ■

名 称					(役職・職名)
所 在 地	〒		-		都・道・府・県
T E L	(内線：)		・ 直通)	F A X	

■ 連絡先住所 ■

住 所 (自宅等)	〒		-		都・道・府・県
T E L	(内線：)		・ 直通)	F A X	

■ 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/E-MAIL：info@jmap.or.jp