

受付		入金	
----	--	----	--

NPO法人 保健科学総合研究会 入会申込書

年 月 日

特定非営利活動法人 保健科学総合研究会に入会いたします。

ふりがな	
氏名	
ふりがな	
住所	
電話番号	
E-mail	
職業	
所有する資格	医師・保健師・看護師・管理栄養士・その他（ ）
入会区分	正会員 ・ 賛助会員
会費納入方法	銀行振込 ・ 現金

本申込書に必要な事項をご記入の上、事務局へFAX・メールまたはご郵送ください。

年会費を振込む場合には、下記の口座にお振込みください。

なお、お振込み手数料は、申込者のご負担とさせていただきますので、予めご了承ください。

振込先 : 三菱東京UFJ銀行 池袋西口支店 普通5038165

口座名 : 保健科学総合研究会

連絡先 : 〒107-0052 東京都港区赤坂9-6-30 ルイマール乃木坂518号室

TEL/FAX : 03-5412-7791

E-mail : hokenkagaku@mub.biglobe.ne.jp