

受付		入金	
----	--	----	--

N P O 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 ： ゆうちょ銀行

記号 10040 番号 36556951

口座名 ： 特定非営利活動法人 保健科学総合研究会

連絡先 ： 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 1-5-18

千代田ビル（株）社会保険出版社内

TEL/FAX ： 0 3 - 3 2 9 5 - 1 1 6 7

E-mail ： info@hosoken.or.jp