

一般社団法人 日本国際メディカルサポート 入会申込書

一般社団法人日本国際メディカルサポートの目的に賛同し入会を申し込みます。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録情報記入欄

団体 申込 記入 欄	フリガナ			
	団体名			
	代表者	フリガナ		
		氏名		
		職名		
	所在地	住所	〒 _____	
		TEL・FAX		
	担当者	フリガナ		
		氏名		
		職名		
住所		〒 _____ <input type="checkbox"/> 所在地と同じ		
TEL・FAX				
E-mail				
ご紹介者				
個人 申込 記入 欄	氏名	フリガナ		
		漢字		
	自宅	住所	〒 _____	
		TEL・FAX		
		E-mail		
	勤務先	名称		
		部署		
		職名		
		住所	〒 _____	
		TEL・FAX		
	E-mail			
	社会活動等（公職）			
	ご紹介者			

* 上記の必要事項をご記入の上、郵送またはPDF添付メールにてお申し込みください。

(お申し込みいただきました個人情報につきましては、当団体の活動などに関する目的以外には使用致しません。)