

メディカルライス協会への入会を申し込みます

(こちらを印刷してFaxをお願いいたします)

1. 個人一般会員 (年会費3,000円)
2. 法人一般会員 (年会費30,000円)
3. 個人正会員 (年会費5,000円)
4. 法人正会員 (年会費一口30,000円)
5. 特別正会員 (年会費10口以上)

上記のうち、

1と2は、通常の個人と法人の会員です。

3と4は、学会では「評議員」に相当する、総会で議決権のある会員です。

5は、特に本協会を強くご支援頂く企業を想定しています。

氏名 _____

個人 一般会員
法人 正会員
特別正会員

住所 〒 _____

勤務先(任意) _____

電話(携帯) _____

_____-_____-_____

メールアドレス _____

@ _____

Fax 送付先 03 - 4333 - 0810