

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50,000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

法人一般会員

個人正会員

法人正会員

特別正会員

フリガナ

住所

〒

—

勤務先

電話(携帯)

_____ — _____ — _____

メールアドレス

_____ @ _____

Fax 送付先 03 - 5379- 7786