〈統合医療女性の会〉入会/応援寄付申込書

区分	□ 入会　□ 寄付

お申込み日:　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	西暦　　年　　月　　日
お名前			
ご住所 □ 自宅 □ 勤務先	〒		
必要に応じてご記入ください→	組織名	部署	
メールアドレス			
電話または携帯の番号		FAX番号	
ご職業	会社･団体経営　事務　営業　販売　管理栄養士 教育関係　専業主婦　マスコミ　研究･開発　福祉関係 医療従事者　学生　その他(　　)	【任意】ご職業の詳細･資格なども教えてください。 例）内科専門医	

連絡先の指定 ※ご指定がなければE-mailでご連絡差し上げます。	□E-mail以外での連絡を希望→ □ 郵送 □ FAX

お手続き合計金額	□ 入会時会費：3000円　□ 寄付：5000円 × 口数　口 ＝	円

◆入会お手続きの流れ

1 申込み書ご記入	2 ※年会費／寄付お振込み	3 ご入金確認のお知らせ
申込み書に必要事項を記入して、FAXまたは郵送にて事務局まで送付してください。	株式会社ゆうちょ銀行(金融機関コード:9900) 記号 10120/番号 59559061/支店名 018(ｾﾞﾛｲﾁﾊﾁ) 口座名義 トウゴウイリョウジョセイノカイ／代表者　渥美英子	「お申し込み書」と「ご入金」を確認後、事務局から、[ご入会手続きの完了のお知らせ]を、メールまたは郵送にてお届けします。

※年会費について…年会費は、ご入会月に関係なく3月末日をもって更新時期となります。(2013年11月現在)

◆申込み書の送付

FAX

03-6280-8859

郵送

〒162-0822
東京都新宿区下宮比町2-28
飯田橋ハイタウン724号
統合医療女性の会
入会・寄付申込み　係

会員のみなさまには

1. Newsの発行
2. 様々な情報の提供
3. 会員向けセミナーなどのご案内

各種お問い合わせ

〈統合医療女性の会〉 info@aimw-r.com

ご提供いただく個人情報は、お知らせ等情報物の配布及び会員様への連絡、お問い合わせ対応のために利用いたします。
会員様の同意がある場合または法令に基づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に開示･提供することはありません。