

特定非営利活動法人メディカルサポートMIE

会員申し込みフォーム

会員番号	
------	--

会員の種類 ※○で囲んでください	1. 正会員 (年会費 5,000円) 2. 賛助会員 (年会費 2,000円)
名前 法人の方は 会社名をお書きください	(ふりがな) _____
個人の方は 個人名をお書きください	(ふりがな) ご氏名
ご連絡先・案内送付先 ※○で囲んでください	1・ご自宅 2・勤務先
住所 (勤務先希望の方は 勤務先・部署名まで)	郵便番号 〒
性別	1・男性 2・女性
生年月日	大正・昭和・平成
電話番号	
携帯番号	
FAX番号	
パソコンアドレス	
携帯アドレス	
その他備考欄	

<お申し込みから登録までのお手続きについて>

- この申込用紙にご記入のうえ、下記事務局までご郵送もしくはFAX、またはinfo@medical-support-mie.netまでメールしてください。
- 会費を最寄の銀行にて入金してください。なお振り込み手数料は各自でご負担ください。
お振込み後の払い戻しはお受けできませんのでご了承ください。
- 申込書と会費納入の確認ができましたら、登録手続きをいたします。
- 記入して頂いた個人情報は会員登録事務、メディカルサポートMIEからの情報配信に使用させていただきます。

特定非営利活動法人 メディカルサポートMIE 〒515-0043 三重県松阪市下村町2588番地2 ホームページ https://medical-support-mie.net
--