

施設会員

一般社団法人 日本-バングラデシュ医療協会 入会申込書

記入日:平成 年 月 日

会員種別 ■賛助会員 施設会員 (corporate member)

※年会費 1,000,000円 (1口)

★入会方法 本申込書にご記入の上、下記までご郵送をお願いします。

郵送先:〒161-0031 東京都新宿区西落合 3-12-11

一般社団法人 日本-バングラデシュ医療協会

会費は銀行振込にて受付しております。

振込銀行: 三菱東京UFJ銀行 神保町支店 (支店コード013)

口座番号: 普通預金 0429279

口座名義: 一般社団法人 日本-バングラデシュ医療協会

太枠内は必ずご記入ください

団体名		業種:	
代表者名		職種:	
連絡責任者			
住所	〒	都・道・府・県	市・区・町・村
	部署		
	TEL:	FAX:	
	E-mail		
連絡方法	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 郵便 (いづれかにレ点をご記入ください)		
重要事項 (契約欄)	入会するにあたり、暴力団(反社会勢力)の構成員でないこと及び当法人の趣旨を理解することを誓約します。尚、違背した場合には、厳正なる処分を受けても一切異論はありません。 自署署名 _____ 印		
入会理由			

ご提供いただいた個人情報につきましては、各種ご案内の送付のみに使用し、退会のお申し出と共に破棄いたします。

指定の銀行振込完了を確認後に会員手続きを行います。

※《事務局記入欄》

受付日	担当者名	台帳・ファイル	備考欄