日本メディカルアート協会
Japan Medical Art Association

写真を貼る位置
縦 36－40mm
横 24－30mm

入会申込書

会員番号	※	年 月 日		
入会希望者	ふりがな			
	氏名	㊞		
	性別	男 ・ 女	年齢	歳
	ふりがな			
	住所	〒(-)		
TEL	- -		携帯	- -
FAX	- -		MAIL	
勤務先	ふりがな			
	名称			
	ふりがな			
	住所	〒(-)		
TEL	- -		携帯	- -
FAX	- -		MAIL	
保有資格	保有資格に〇をつけて下さい。 柔道整復師・鍼師・灸師・あん摩マッサージ師・その他( )			
申し込み A 正会員	□ 日本メディカルアート協会会員+メディカルアートセミナーベーシックコース受講 年会費+受講料 360,000円(認定証発行料込)			
申し込み B 準会員	□ 日本メディカルアート協会会員 年会費 60,000円			
会場	メディカルアートセミナー受講の方は希望の会場に〇をつけて下さい。 (仙台 ・ 名古屋 ・ 大阪 ・ 福岡) 各会場先着20名となります。			
領収書宛名 送り先	領収書宛名: 送り先:自宅 勤務先 その他(〒)	入力	入金日	入会月 / 領収書

注1)上記太枠内の必要事項をご記入の上、郵送にて下記事務局までお送りください。
注2)ご記入頂きました個人情報につきましては、当協会活動以外に使用することはございません。

〈きりとり線〉

お申し込み先	株式会社チームエス 日本メディカルアート協会事務局
	〒156-0043 東京都世田谷区松原3－40－7パインフィールドビル702
お問合せ先	TEL:03－6379－2069 Mail:t.s.shimotakaido@vivid.ocn.ne.jp
お振込先	昭和信用金庫 下高井戸支店 普通 0361117 口座名義 株式会社チームエス 日本メディカルアート協会 事務局長 原口さやか
料金	正会員:360,000円 準会員:60,000円 ※銀行振り込みにてお願い致します。 振込手数料はご本人様負担とさせて頂きます。