



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○をつけてください。 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 | <input type="checkbox"/> 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) 支払方法 (一括・2回・6回) | | | | |
| | B 準会員 | <input type="checkbox"/> 日本メディカルアート協会会員 年会費 60,000円 | | | | |
| 会場 | ベーシックコース受講の方は希望の会場に○をつけてください。 (東京・名古屋) 各会場先着12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 (○をつけてください) | | | 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ありません。

注3) 写真は下記お問い合わせ先にデータでお送りいただくか、枠内に糊付けしてください。

〈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いただきます。 |