

# 一般社団法人比較統合医療学会

## 入会申込書

(正会員・学生会員用)

申込年月日 平成 年 月 日

|                 |   |        |
|-----------------|---|--------|
| フリガナ            |   | 生年月日   |
| お名前             |   | S<br>H |
| フリガナ            |   |        |
| 所属<br>(勤務先/学校名) |   |        |
| 職名(お肩書/資格)      | お肩書   | 資格     |
| 住所              | 勤務先 自宅 (連絡先としてどちらか一方に○を付け下記にご住所をお書きください)<br>〒 |        |
| TEL             |   |        |
| FAX             |   |        |
| E-mail          |   |        |

### 1. 入会お問い合わせ・申込書送付先

一般社団法人比較統合医療学会事務局

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-12-6 内神田OSビル3階

TEL:03-3258-8101 FAX:03-3258-8102 E-mail:info@scim.jp

### 2. 入会金・年会費

①入会金…2,000円 ※正会員のみ

②年会費…正会員 8,000円 学生会員 3,000円 ※学生会員は入会金不要

### 3. 入会方法

この入会申込書をFAXにて事務局までお送りください。同時に入会金、年会費を下記郵便振替口座までお振込みください。領収書は、郵便局発行の受領書をもって本会発行のものに代えさせていただきますのでご了承ください。また、恐れ入りますが郵便振替の手数料はご負担願います。

振込先 郵便振替口座 00180-1-487026 一般社団法人 比較統合医療学会  
シヤ)ヒカクトウゴウイリョウガッカイ

FAX:03-3258-8102まで

一般社団法人比較統合医療学会  
入会申込書(賛助会員用)

申込年月日 平成 年 月 日

|          |                |
|----------|----------------|
| 団体名(社名)  |                |
| フリガナ     |                |
| 代表者(お肩書) | お肩書<br>お名前     |
| フリガナ     |                |
| 担当者(お肩書) | お肩書<br>お名前     |
| 住 所      | 〒              |
| T E L    |                |
| F A X    |                |
| E-mail   |                |
| 年会費申込口数  | 口 (1口 50,000円) |
| 業種/取扱品目  |                |

1. 入会お問い合わせ・申込書送付先

一般社団法人比較統合医療学会事務局

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-12-6 内神田OSビル3階

TEL:03-3258-8101 FAX:03-3258-8102 E-mail:info@scim.jp

2. 年会費

賛助会員…1口 50,000円 1口以上 ※入会金は不要です

3. 入会方法

この入会申込書をFAXにて事務局までお送りください。同時に年会費を下記郵便振替口座までお振込みください。領収書は、郵便局発行の受領書をもって本会発行のものに代えさせていただきますのでご了承ください。また、恐れ入りますが郵便振替の手数料はご負担願います。

振込先 郵便振替口座 00180-1-487026 一般社団法人 比較統合医療学会  
シヤヒカクトウゴウイリョウガクカイ

FAX:03-3258-8102まで

