

一般財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 年 月 日

団体名（社名）	
代表者（お肩書）	フリガナ
	お肩書 お名前
担当者（お肩書）	フリガナ
	お肩書 お名前
住所	〒
TEL	
FAX	
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…E-mail: info@scim.jp FAX: 03-6700-7963

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

入会申込書をメールまたは FAX にて事務局までお送りください。同時に年会費を下記口座までお振込みください。領収書は郵便局発行の受領証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

・ゆうちょ銀行からの振込 00150-6-588484

一般財団法人 比較統合医療学会 (ザイ) ヒカクトウゴウイリョウガッカイ

・他行からの振込 〇一九(ゼロイチキュウ)支店 当座 0588484

一般財団法人 比較統合医療学会 (ザイ) ヒカクトウゴウイリョウガッカイ

E-mail: info@scim.jp または FAX: 03-6700-7963 へ

