

一般社団法人日中医学交流会 入会申込書

一般社団法人 日中医学交流会

〒710-0002 岡山県倉敷市生坂1909-16

[TEL] 086-441-6667 [FAX] 086-427-5386

申込日： 年 月 日

フリガナ				
ご芳名				
法人名 / 団体名				
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	男 ・ 女	
ご住所	〒 <input type="checkbox"/> DM等不可			
Eメールアドレス				
電話番号	(携帯電話：)			
FAX番号				
備考				
会員種別	正会員		賛助会員	
該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる	<input type="checkbox"/> 団体	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 団体	<input type="checkbox"/> 個人
入会費	50,000 円	5,000 円	30,000 円	3,000 円
年会費	1口につき 100,000 円	1口につき 10,000 円	1口につき 50,000 円	1口につき 5,000 円
口数	口	口	口	口
合計	円	円	円	円

寄付をする (任意)

金額	円
----	---

会費 および 寄付金のお振り込み先

もみじ銀行	倉敷支店 普通預金 口座番号 3037227
口座名義	シャダンハウジンニツチュウイガクコウリュウカイ 一般社団法人 日中医学交流会