

一般社団法人日本ドッグ予防医学指導協会 入会申込書

申込日 年 月 日

会員No.

会員区分	一般会員	賛助（個人・法人）会員	特別会員
フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別 男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL/FAX		携帯電話	
アドレス			
フリガナ			
勤務先名		業種	
フリガナ			
勤務先住所	〒 都道 府県		
TEL/FAX		役職	

※お申込書受け取り後、入会費と年会費をご請求させていただきます。

※スクール受講生様は、受講費とともに担当講師にお支払いをお願いします。

※協会員資格の有効期限は、当協会が入会を承認し、年会費振込完了日より原則1年間とします。

理事長印	協会印