

PIA 入会申込書

申込日 年 月 日

予防医学セラピー協会 御中

下記のとおり入会を申し込みます。

希望する会員の種類に チェックをお願いします。	<input type="radio"/> プルメリア会員	<input type="radio"/> 正会員	<input type="radio"/> 正賛助会員
	<input type="radio"/> 法人会員	<input type="radio"/> 特別法人会員	
氏名	フリガナ	生年月日	性別
		T. S. H 年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒		
	TEL	FAX	携帯
社名	フリガナ	業種	職種
会社住所	〒		
	TEL	FAX	
	e-mail		

■ ご案内

加盟スクール名又はインストラクター名	紹介又は推薦者名

■ 会員の種類及び年会費・入会金

	【年会費】	【入会金】
<input type="checkbox"/> プルメリア会員	2,000 円	0 円
<input type="checkbox"/> 正会員	6,000 円	5,000 円
<input type="checkbox"/> 正賛助会員	20,000 円	5,000 円
<input type="checkbox"/> 法人会員	30,000 円	10,000 円
<input type="checkbox"/> 特別法人会員	50,000 円	10,000 円

■ お支払い方法

郵便振込: 00950 - 1 - 113497 予防医学セラピー協会

〈特定非営利活動法人〉 予防医学セラピー協会 事務局

FAX: 075-495-1807

〒603-8241 京都市北区紫野東泉堂町3

TEL: 075-495-9338