**FAX：03-3812-5167**

**統合医療女性の会　入会申込書（個人）**

御提出日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| ふりがな |  |
| 学会 | * 会員　　　　　　□　非会員 |
| ご所属 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

非会員の方は年会費の振込をお願いします。入金確認後、会員証を送付いたします。

振込口座は別途お知らせいたします。