

特定非営利活動法人 AMDA 国際医療情報センター 賛助会員入会申込書

特定非営利活動法人 AMDA 国際医療情報センター _____ 年度賛助会員として入会を申し込みます。

氏名			
住所	〒		
電話番号	(自宅・職場) — —	FAX 番号	(自宅・職場) — —
E-mail			
会員種別	<input type="checkbox"/> 個人 ¥6,000 <input type="checkbox"/> 団体 ¥20,000 <input type="checkbox"/> 学生 ¥2,000 (高校・大学・専門学生) <input type="checkbox"/> ジュニア ¥1,000 (中学生以下)		
領収書	要 ・ 不要		
NEWSLETTER へのお名前掲載	可 ・ 不可		
AMDA 国際医療情報センターへ一言			

署名月日 : _____

署 名 : _____

(事務局記入欄)

お問合せ：特定非営利活動法人 AMDA 国際医療情報センター 03-5285-8086

※本申込書にていただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき適正に管理、保護し、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。