**NPO法人ペインクリニック普及協会　入会申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリカナ |  | 区分：　□ **正会員　　□ 賛助会員** |
| 氏　名 |  | 生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　所（自宅） | 〒 |
| 電話： | FAX： |
| 所　属 | 名　称 |  |
| 職　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話： | FAX： |
| E-mail |  |
| 郵送物送付先（どちらかお選び下さい） | * **自宅 □ 所属先**
 | 　入会希望年度 | **年度** |
| 会費のお支払い（どちらかお選び下さい） | **□　振込** （払い込み先は本用紙下部に記載してございます）**□　現金** （領収書をお受け取りください） |
| 紹介者氏名（あれば） |  |
| 申込年月日 ※西暦記載にて | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

◆送付・お問い合わせ先

下記、事務局E-Mailアドレス宛にメール添付にてお送りください。

NPO法人ペインクリニック普及協会 （PRPAIN）

事務局E-mail：　info［at］prpain.org　※ ［at］ を@に変更してお送りください

◆会費の払込は「郵便払込票」にて以下にお願いします （正会員10,000円、賛助会員50,000円）

＜ゆうちょ銀行からお振込の場合＞

記号 10740　 番号5087431　　トクヒ）ペインクリニックフキュウキョウカイ

＜他金融機関からお振込の場合＞

店名 078　店番 078　普通預金　口座番号 0508743　トクヒ）ペインクリニックフキュウキョウカイ

※ 同一の口座ですが、振込時の口座番号がゆうちょ銀行と異なります。

◆本申込書に記入された個人情報については、個人情報保護法の精神にのっとり厳正に管理し、当会の活動に必要な範囲にのみ利用いたします。

事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| No.： | 受付日： |