

NPO 法人ペインクリニック普及協会 入会申込書

カナ				区分： <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先	入会希望年度	H	年度
会費のお支払い (どちらかお選び下さい)	<input type="checkbox"/> 振込 (払い込み先は本用紙下部に記載してございます。) <input type="checkbox"/> 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	H	年	月	日

◆送付・お問い合わせ先

NPO 法人ペインクリニック普及協会 事務局

- ・ 郵送： 〒320-0061 宇都宮市宝木町 1-2589 村井クリニック内
- ・ FAX： 028-621-1514
- ・ E-mail： info@prpain.org (添付ファイルでお送り下さい)

◆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、個人情報保護法のとおり厳正に管理し、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 :