＊会員番号□□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アディクション医学会**（賛助会員）**　入会申込書

申込年月日　　２０　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会員種別** | **賛助会員** | **入会年度** | **年度** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **法人名（カナ）** | | | | |  | | | | | | | |
|
| **法人名（漢字）** | | | | |  | | | | | | | |
| **事業所名（カナ）** | | | | |  | | | | | | | |
| **事業所名** | | | | |  | | | | | | | |
| **代表者氏名** | | | | | **（職務・役職）** | | | | | | | |
| **担当者氏名** | | | | | **（職務・役職）** | | | | | | | |
| **所在地** | **〒** |  |  |  | | **－** |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **TEL：　　　　　　　　　　　　　　　（　内線：　　　　　　・　直通　)** | | | | | | | | | | | **FAX：** |
| **E-mail：** | | | | | | | | | | | |
| **申込 口数** | | | | | **口　（20,000円/1口）** | | | | | | | |
| **備考** | | | | |  | | | | | | | |

**注　すべての項目へのご記入が必須です。**

**＊印の欄には記入しないで下さい。**

入会申込書送付先（Ｅメール添付、ＦＡＸ、郵送など文書に残る手段であればいずれでも受付いたします）

〒602-8566　京都市上京区河原町広小路梶井町465　京都府立医科大学法医学教室

日本アルコール・アディクション医学会事務局

FAX：075-251-5345　Ｅメール：jmsas@koto.kpu-m.ac.jp