

*会員番号 □□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アクション医学会（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。

入会申込書送信先 (Eメール添付で受付いたします)

日本アルコール・アクション医学会事務局

Eメール:jmsaastokyo@gmail.com