

仏教看護・ビハーラ学会 団体・法人会員 入会申込書 □

(20 年 月 日 申込)

| | | | |
|--------------------------|---------|-------------|-----------|
| ふりがな | | | |
| 団体・法人名 略 称 | ① | | |
| 代表者 | 役職名 | 氏名 | ふりがな ① |
| 入会申込 動機 本会への 期待 | | | |
| 連絡先① 事務局住所 | 〒 _____ | | 都道府県 |
| | 電話 | FAX | 携帯電話 |
| | E-mail | @ | |
| | ホームページ | http://www. | |
| 連絡先② 代表者住所 | 〒 _____ | | 都道府県 |
| | 電話 | FAX | 携帯電話 |
| | E-mail | @ | |

※ 以下、該当する項目に を入れて下さい

| | | |
|--|--|--|
| ・連絡・資料等送付先 希望 | <input type="checkbox"/> ①事務局住所 | <input type="checkbox"/> ②代表者住所 |
| ・会員名簿(会員にのみ配布)への 団体・法人名 以外の記載 許諾事項 | <input type="checkbox"/> 事務局住所・電話・Fax、 | <input type="checkbox"/> 事務局Eメールアドレス |
| | <input type="checkbox"/> 代表者の役職名・氏名、 | <input type="checkbox"/> 代表者住所・電話・Fax、 |
| | <input type="checkbox"/> 代表者のEメールアドレス | |
| ・年会費の納入方法 | <input type="checkbox"/> 銀行口座振替 | <input type="checkbox"/> 郵便振替 |

事務局記入欄

| | | | |
|------------|------------|----------|---------|
| 入会申込事務局受付日 | 入会承認理事会 | 入会承認日 | 会 員 番 号 |
| 20 年 月 日 | 20 年度 回理事会 | 20 年 月 日 | |
| | | | |

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 退会承認理事会 20 年度 回理事会 退会日 20 年 月 日