

特定非営利活動法人

日本・アジア口腔保健支援機構(JAOS)

賛助会員申込書

特定非営利活動法人日本アジア口腔保健支援機構(JAOS)の活動趣旨に賛同し、下記のとおり賛助会員に申し込みをいたします。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

必要事項をご記入いただき郵送もしくはFAXにて下記送付先(事務局)までお送りください。
申込書を受理のうえ、会費のお振込み確認後に所定の手続きを開始いたします。

団体名	フリガナ		
代表者名		業種	
担当者名		業務内容	
電話番号		FAX	
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	リンク	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
E-MAIL	@		
住 所	フリガナ 〒		
会 費	賛助会員入会金	30,000円	年会費は入会月に関わらず入会年の9月1日～翌8月31日分となります。ただし、3月1日以降に入会される場合は初年度の会費のみ半額となります。
	賛助会員年会費	10,000円	

※提供いただいた個人情報は、当機構個人情報保護方針にしたがって適正に管理いたします。

【振込先】			
銀行名	三菱東京UFJ銀行	支店名	上大岡支店
預金種目	普通	口座番号	0107326
口座名義	トクテイヒエイリカツウホウジン ニホンアジアコウクウホケンシエンキコウ		

※振込手数料はご負担ください。

※一度納入された会費は返却できませんのでご了承ください。

【紹介者】	様	ご紹介者がいる場合にはご記入ください。	
【送付先】	郵送の場合	〒245-0061横浜市戸塚区汲沢1-10-46 踊場メディカルセンター4F	
	FAXの場合	045-330-6480	

【問合せ先】

特定非営利活動法人 日本アジア口腔保健支援機構(JAOS)

〒245-0061 神奈川県横浜市戸塚区汲沢1-10-46

TEL:045-443-9292(月～金曜日 午前10時～午後4時まで)

メールアドレス:info@npo-jaos.org

FAX: 045-330-6480