

一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会 賛助会員 入会申込書

入会申込者記入欄

* 日付の記入は西暦をお願いします

申込年月日 年 月 日

フリガナ				
企業・団体・個人名				
フリガナ				
代表者氏名 (法人・団体のみ)				
所在地・住所	フリガナ			
	〒			
担当者名 (法人・団体のみ)			所 属	
連絡先	住 所 (法人・団体で 所在地と異なる 場合のみ)	フリガナ		
		〒		
	T E L	— —	F A X	— —
Eメールアドレス				

※必要添付書類

- (1) 法人の場合…登記事項証明書（発行日3ヵ月以内）
団体の場合…団体の概要が分かるパンフレット等
個人の場合…住所、氏名の分かる公的書類（運転免許証等）の写し
- (2) その他本会が必要とする書類

一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会記入欄

一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会 印	受付日	年	月	日
	入会日	年	月	日
	入金日	年	月	日
	会員番号			

お問い合わせ先

一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会
〒108-0074 東京都港区高輪3-25-22
TEL: 03-3443-3200 FAX: 03-3443-3201
E-mail : office@jibikaikai.or.jp