日本演奏芸術医学研究会

法人賛助会員　入会申込書

申込年月日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | 法人賛助会員 | 入会年度 | 年度 |
| ■ご担当者■ | | | | |
|  | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) | | | | |
| フリガナ |  |  | | | | |
| 氏　　名 |  | ㊞ | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

■企業情報■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企 業 名（名称及び部署・部課） |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | (内線　　　　) | | FAX： |
| e-mail： | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 申込口数 | 法人賛助会員の会費は1口：50,000円です。  　　　　口　　　ご希望の申込口数をご記入ください | | | | | | | | | | | |

入会申込書送付先：

日本演奏芸術医学研究会 事務局

〒112-0012 文京区大塚5-3-13

小石川アーバン4階　学会支援機構内

jpama@asas-mail.jp

TEL: 03-5981-6011 FAX: 03-5981-6012