

入会申込書

「特定非営利活動法人 国保ヘルスアップ事業支援協議会」の活動趣旨に賛同し入会を申し込みます。

■希望会員に「レ」を付けてください。

法人団体正会員の初年度会費は入会月から会計最終月の3月までの月数を掛けた金額です。

	年会費	初年度会費
<input type="checkbox"/> 個人正会員	4月～9月入会 6,000円 10月～12月入会 5,000円 1月～3月入会 4,000円	円
<input type="checkbox"/> 個人賛助会員	1口 /5,000円	円
<input type="checkbox"/> 法人・団体正会員	48,000円	4,000円 × ヶ月 = 円
<input type="checkbox"/> 法人・団体賛助会員	1口 /30,000円	円

※会費お支払は本申込書提出日より3日以内にご入金願います。

特別賛助会員は原則法人・団体正会員のみとします。

特別賛助会員 (30,000円 × 10口以上) 円

氏名または法人・団体名	フリガナ		
法人・団体の担当窓口	部署	役職	担当者名
〒・ご住所	〒		
電話			
FAX			
Eメール			
以下賛助会員の方は任意でご回答ください			
ご職業 (個人)	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 会社役員	<input type="checkbox"/> 公務員
	<input type="checkbox"/> 自営業	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 団体職員
	<input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> その他 ()	
職種 (法人・団体)	<input type="checkbox"/> 健康関連	<input type="checkbox"/> 医療関連	<input type="checkbox"/> 教育関連
	<input type="checkbox"/> 金融関連	<input type="checkbox"/> 製造業	<input type="checkbox"/> 衣料関連
	<input type="checkbox"/> 食品関連	<input type="checkbox"/> その他 ()	
生年月日	西暦	年	月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
◎今回入手しました個人情報は個人情報保護法に従い当法人機密保持規定に基づき責任を持って管理します。			

本申込書を下記 FAX 宛または郵送願います

FAX

053-584-2355

■申込書 FAX 送信後、1週間以内に下記郵貯又は銀行口座宛にお支払いください。

■会費振込先 (振込先口内にレをつけてください) ※振込手数料は振込人様でご負担願います

<input type="checkbox"/> 郵便貯金 記号 12390 番号 32584491	<input type="checkbox"/> 静岡銀行 小林支店 普通預金 No 0410253
【名義】 特定非営利活動法人 国保ヘルスアップ事業支援協議会	