



公益財団法人 日本アジア医療看護育成会

公益財団法人日本アジア医療看護育成会の趣旨に賛同し、入会を申し込みいたします。

申込年月日 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/>	団体会員	<input type="checkbox"/>	個人会員			
	年会費 一口 10万円		年会費 一口 3万円				
フリガナ							
団体・法人名							
フリガナ							
名前							
	* 団体又は法人の場合は担当者のお名前をご記入ください。						
生年月日	明大	年	月	日	性別	男	女
	昭平						
	* 団体又は法人の場合は担当者の生年月日、性別をご記入ください。						
フリガナ							
住所	〒						
	都道 府県						
連絡先	固定		FAX				
	携帯						
メールアドレス	PC		携帯				
フリガナ							
勤務先名							
フリガナ							
勤務先住所	〒						
	都道 府県						
勤務先 TEL				メールアドレス			
* 個人の場合は勤務先名、勤務先住所等をご記入ください。							

※ このお申し込みによる個人情報、当会の目的以外には一切使用いたしません。

申し込み・問い合わせ先 公益財団法人 日本アジア医療看護育成会

東京 東京都豊島区上池袋二丁目42番21号 TEL : 03-5928-5454 FAX : 03-5928-5453

名古屋 名古屋市中川区法華一丁目161番地 TEL : 052-354-1441 FAX : 052-363-7237