

協会使用欄

予防医学健康美協会入会申込書

太枠内をご記入ください

申請日		20	年	月	日
ふりがな				性別	男
お名前					女
生年月日		19	年	月	日 (歳)
住所		〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		都道府県			市区郡
TEL		(-	
)			
FAX		(-	
)			
携帯番号		(-	
)			
E-Mail				@	

年会費 6,480円 (税込み) ※毎年更新時に年会費6,480円が必要となります

年会費を下記宛てお振込みの上、枠内にお振込み用紙控えをご添付ください

お振込先 郵便局 記号10100 番号69763081
みずほ銀行 日本橋支店 普通 2214919

予防医学健康美協会 FAX 03-5823-6352