

# 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 女			
お名前									
生年月日							年	月	日 ( 歳)
住所		〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 6,600円 (税込み) ※毎年更新時に年会費6,600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



運営会社  
株式会社優環  
LINE ID

LINEから友達申請し、写真を撮って送れます。

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