



一般社団法人
メディカルスタディ協会 九州

申込日：平成 年 月 日

入会申込書

Register application document

一般社団法人 メディカルスタディ協会 九州 御中

貴会会則を了承し、平成 年 月度の定例会より入会を申込みます。

新規会員申込みのご記入をお願いいたします。

会社名	フリガナ	印	
連絡先住所	フリガナ		
電話		FAX	
ホームページ	https://		
代表氏名	フリガナ	印	
所属部署			
担当氏名	フリガナ	印	
Eメールアドレス		携帯電話	

・メディカルスタディ協会九州のホームページへの掲載を希望されますか？（希望する ・ 希望しない）

会費 ご入金方法	・支払方法：（毎月の口座引落※ ・ お振込み） ・お振込み支払期間：（6ヶ月 ・ 一年） ※口座引落以外は、期間前にご入金をお願いいたします。例）4月～9月、6ヶ月分お振込であれば3月末にご入金。 お振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします。 会費を3ヶ月以上滞納した会員につきましては、会費滞納分を精算後に退会とさせていただきます。
-------------	--

- ご記入いただいた会員の個人情報は、当方から会員への連絡と、会員相互の連絡のみ使用いたします。
- ご記入いただいた個人情報は、会員の同意を得ないで第三者に提出いたしません。

お申込みは、下記 FAX 送付先もしくは郵送先にて送付をお願いいたします。

FAX : 092-475-5040

〒812-0011
福岡県福岡市博多区博多駅前3-27-24
博多タナカビル4階
TEL : 092-475-5040

メディカルスタディ協会九州 事務局使用欄

会員 No.		入会承認日	平成 年 月 日
紹介者			