

入会申込書

年 月 日

一般社団法人裸足醫チャンプルー 御中

氏名※	住所※	電話または携帯電話◎	
	〒		
メールアドレス◎	(優先)	職業	
勤務先メールアドレス◎	(優先)		

※必須 ◎の内一項目必須

一般社団法人裸足醫チャンプルーへの入会を希望します。

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 正会員 | <input type="checkbox"/> 団体 | 年会費 ￥10,000 |
| | <input type="checkbox"/> 個人 | 年会費 ￥5,000 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 賛助会員 | <input type="checkbox"/> 団体 | 年会費 ￥10,000 |
| | <input type="checkbox"/> 個人 | 年会費 ￥2,000 |

振込先

郵便振替口座: 00280-1-69913
銀行口座: 三井住友銀行 仙台支店(普) 1772158
琉球銀行 東京支店(普) 0077125
ゆうちょ銀行 ○ニ九支店(当) 0069913
口座名義: (社)裸足醫チャンプルー/シャ)ラソクイチャンプルー

年会費の領収書を 希望します 希望しません

メールによるご連絡を 希望します 希望しません

ご意見、ご要望などありましたらお書きください

「個人情報保護法」に基づき、本人の承諾を得ないで個人情報を第三者に提供することはいたしません。