

Fax : 03-3294-0290

一般社団法人 瀬川小児神経学研究所
代表理事 瀬川 祥子 殿

入会申込書

申込日 年 月 日

貴法人の趣旨に賛同し、貴法人の会員になることを申し込みいたします。

ふりがな	男 / 女		
氏名 (必須)	生年月日 ⑩ 年 月 日		
自宅住所 (必須)	〒		
勤務先	(住所) (電話番号)		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス (必須)			

会員の種類：(いずれかに○)	正会員	賛助会員
(年会費：正会員 3,000 円 賛助会員 1 口 5,000 円)		
加入口数：	口	合計：円

*当法人の年会費の扱いは3月1日から2月末日までの1年間になります。年度の途中入会による割引はございません。お振込の確認後、会員登録完了のお知らせをお送りいたします。

【振込口座】

1：銀行口座

銀行名：三井住友銀行 神田支店

口座番号：3371937

口座名義：一般社団法人瀬川研究所【ｼﾔ）セｶﾞワケンｷｬｳｼﾞｵ】

2：郵便局口座

口座記号番号：00140-4-697317

口座名称：一般社団法人瀬川小児神経学研究所【ｼﾔ）セｶﾞワｼｮｳﾆｼﾝｷｬｳｼﾞｵ】