

一般社団受療者医療保険学術連合会 (SAPP) 入会申込書

貴学会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ		男	生年	昭和	
氏名	印	・	月日	年	月 日
		女	(任意)	平成	
勤務先	名称	職名			
	住所	〒		TEL	- -
				FAX	- -
		E-mail		@	
自宅住所	〒	TEL		-	-
<p>会費は、毎年度 3,000 円です。下記の口座に振り込んで下さい。</p> <p>りそな銀行 千里中央支店 普通預金 0216716</p> <p>名義 受療者医療保険学術連合会</p>					

- 注) 1. 会計年度は4月より翌3月までとなっています。
2. 書き漏れのないようお願いいたします。
3. 入会申込書は下記にお送り下さい。
4. 原則として、会員名簿作成の際には氏名とご勤務先を掲載いたします。

〒104-0061 東京都中央区銀座 6-13-16
 銀座 Wall ビル 5階 UCF501
 電話 03-6869-6581
 FAX 03-3502-1412
 E-Mail sapp_se1@sapp.jp
 URL <http://www.sapp.jp/>