

一般社団法人 ホルミシス臨床研究会

入会申込書

申込日：平成 年 月 日

フリガナ								
氏名 (法人名)								
生年月日	年 月 日 (才)			性別 (該当に○をする)	女 男			
住所	〒 -							
	TEL :			FAX :				
	E-mail :							
申込み区分 (該当に○をする)	一般会員 (年会費 12,000円)			賛助会員 (年会費 120,000円)				
申込日に応じた 初年度会費 〔申込月に○をして 該当金額を振込 してください〕	1月:	12,000円	7月:	6,000円	1月:	120,000円	7月:	60,000円
	2月:	11,000円	8月:	5,000円	2月:	110,000円	8月:	50,000円
	3月:	10,000円	9月:	4,000円	3月:	100,000円	9月:	40,000円
	4月:	9,000円	10月:	3,000円	4月:	90,000円	10月:	30,000円
	5月:	8,000円	11月:	2,000円	5月:	80,000円	11月:	20,000円
	6月:	7,000円	12月:	1,000円	6月:	70,000円	12月:	10,000円
紹介を受けた 企業名	〔 〕						※紹介企業無しの場合は空欄	

- この入会申込書にご記入の上、ホルミシス臨床研究会へお送りください。賛助会員入会希望の法人は、会社案内もあわせてお送りください。また、申込日に応じた初年度会費を下記口座へお振込みください。

三井住友銀行 新宿通支店 普通 No. 8085318 一般社団法人ホルミシス臨床研究会
--

※振込手数料は誠に恐れ入りますがお客様にてご負担ください。

※申込時のお名前と入金時のお名前が異なる場合(会社名などを使う場合も)ご入金の確認できませんので、必ずホルミシス臨床研究会までご一報ください。

- 個人情報の取扱いについて
この入会申込書よりご記入いただく個人情報につきましては、入会申込みの目的に限り利用させていただきます。また、個人情報保護方針による適切な安全管理を行い、原則として本人の同意なく第三者への開示、提供等はいたしません。

<事務局記入欄>

受付年月日	申込区分	一般・賛助	会員NO.
-------	------	-------	-------

ホルミシス臨床研究会 FAX:03-5325-1895

<http://www.thar.jp>