「一般社団法人日本臨床睡眠医学会」

申込日：　　　　年　　　月　　　日

No.

入会申込書（賛助会員・団体用）

一般社団法人日本臨床睡眠医学会への入会を希望いたします。

※太枠のなかのみご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 略　　称 |
| 社　　名 |  |  |
| 本社所在地 | 住所：（〒　　　　　　　　　　　） |
| 担当部署 | 名　　称 |  |
| 代表者所属部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 住所：（〒　　　　　　　　　　　） |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 希望口数 | ５０，０００円　×　　　　　　　口 |
| 推薦者氏名※ |  | ご所属 |  |

※ご入会に際しては，本学会役員（理事・監事・評議員）より1名の推薦が必要です．

会社案内、パンフレット等をご同封ください。

入会申込送付先： 〒162-0825

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 入会日 | 年　　月　　日 |

 東京都新宿区神楽坂4-1-1　（株）ワールドプランニング内

 一般社団法人日本臨床睡眠医学会事務センター　宛