



# 入会申込書

入会をご希望の方は入会費用 1 万円(入会金 5,000 円/年会費 5,000 円)をお振込いただき  
下記の申込欄に必要事項をご記入の上、JAMHA 事務局宛に FAX または郵便でお送り下さい。

年会費の対象期間 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日(途中入会の場合でも年会費の割引はございません。)

申込日(西暦) 年 月 日

下記のとおり、特定非営利活動法人 日本メディカルハーブ協会(JAMHA)に入会します。

氏名(ふりがな) ( ) / 性別 男・女

生年月日(西暦) 年 月 日

氏名のローマ字表記(姓 /名 )

住所 〒

電話番号( ) - FAX( ) -

メールアドレス @

職業

振込先

◆振込日 月 日

三菱東京UFJ銀行 神保町支店

普通2419422

特定非営利活動法人(トクヒ)

日本メディカルハーブ協会

(振込み手数料はご負担ください)

◆振込金額 ¥

◆振込名義人

◆備考

ご記入いただいた個人情報は、入会審査・会員登録の目的で使用します。その後、会員登録情報及び会員情報として安全に管理し、当協会発行物および各種ご案内の送付・ご連絡以外の目的で使用することはありません。

特定非営利活動法人 日本メディカルハーブ協会

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 3-2-9 塚本ビル 6F

Tel 03-3230-4182 Fax 03-3230-4184

<http://www.medicalherb.or.jp/>

[info@medicalherb.or.jp](mailto:info@medicalherb.or.jp)