入会申込書

入会をご希望の方は、入会費用をお振込み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 または郵便にてお送りください。

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

◆振込金額

○全期入会　16,000 円《内訳／入会金 8,000 円、年会費 8,000 円》会員期間: 4月1日～翌年 3月31日

○後期入会　12,000 円《内訳／入会金 8,000 円、年会費 4,000 円》会員期間:10月1日～翌年 3月31日

◆振込先

***三菱東京UFJ銀行　神保町支店**

(普) 口座番号 2419422

トクヒ)ニホンメデイカルハーブキヨウカイ

***ゆうちょ銀行**

口座記号 10190　口座番号 87563181

トクヒ) ニホンメディカルハーブキョウカイ

(振込み手数料はご負担ください)

◆振　込　日　　月　　日

◆振込金額　　￥

◆振込名義人

◆備　　考

ご入金の確認後、ご登録いただいたご住所へ会員証をお送りさせていただきます。お手元に届くまで 4 週間前後かかる場合ございます。あらかじめご了承ください。

※各期開始より前にお申込みされた場合は、各期開始日以降に発送します。(全期:4月1日～、後期:10月1日～)

※翌年度の更新時には、全期後期とも年会費 8,000 円がかかります。

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　〒102-0073 東京都千代田区九段北 1-10-1　九段勧業ビル 2F
Tel/03-3230-4182(9:15～17:30※年末年始・土日祝日を除く) Fax/03-3230-4184
http://www.medicalherb.or.jp/　info@medicalherb.or.jp