特定非営利活動法人臨床検査支援協会 個人会員入会申込書

申込日 年 月 日

会員種別	☐ 正会員	☐ 賛助会員
年会費	☐ 5,000 円	☐ 3,000 円
口数	☐	☐

(←いずれかに☑)

(←口数を記入)

*お申込みの口数に制限はありません。

*会費適用期間は当年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日です。

口数	☐	金	☐	円也
振込予定日		年	月	日

氏名	
連絡先	☐ ご自宅 ☐ 勤務先 (いずれかに☑)
ご自宅住所	〒
勤務先 住所	〒
施設名	
部署	
役職	
TEL	
E-mail	
備考	

【お支払い方法】

三井住友銀行 飯田橋支店(店番号:888) 普通口座 7243072
 名義 トクヒ)リンシヨウケンサシエンキョウカイ

- 1)お振込み手数料はお申込者様にてご負担ください。
- 2)銀行発行の振込控を持って、当方の領収書に代えさせていただきます。
- 3)会費は不課税です。

本申込者に必要事項をご記入の上、下記 FAX、または E-mail でご送付ください。

FAX 03-5937-1396

Email info@ascl.or.jp