

事務局用	受付	
	承認	

申込日

日本靴医学会  
法人準会員 入会申込書

01	社名								
02	フリガナ								
03	代表者名			04	役職				
05	所在地	〒							
06	TEL			07	FAX				
08	e-mail			09	URL				
10	企業形態	株式(○上場1部 ○上場2部○他 ○非上場),○有限,○個人,○その他( )							
11	業種・内容								
12	設立	年	13	資本金		14	従業員数	約	人
15	入会目的			16	紹介者 (いる場合)				

登録者1(代表者)

01	氏名			03	生年月日		
02	フリガナ			04	性別	○男 ○女	
05	所属部署			06	職種		
07	郵送先	〒					
08	TEL			09	FAX		
10	e-mail						

登録者2

01	氏名			03	生年月日		
02	フリガナ			04	性別	○男 ○女	
05	所属部署			06	職種		
07	郵送先	〒					
08	TEL			09	FAX		
10	e-mail						

登録者3

01	氏名		03	生年月日	
02	フリガナ		04	性別	○男 ○女
05	所属部署		06	職種	
07	郵送先	〒			
08	TEL		09	FAX	
10	e-mail				

登録者4

01	氏名		03	生年月日	
02	フリガナ		04	性別	○男 ○女
05	所属部署		06	職種	
07	郵送先	〒			
08	TEL		09	FAX	
10	e-mail				

登録者5

01	氏名		03	生年月日	
02	フリガナ		04	性別	○男 ○女
05	所属部署		06	職種	
07	郵送先	〒			
08	TEL		09	FAX	
10	e-mail				

会費について

初年度年会費を下記郵便口座に納入して下さい。入会が許可されない場合には返金されます。

郵便振替口座番号 00130-7-401642 加入者名 日本靴医学会

(年会費は13,000円/名で、入会には審査があります。)

\* 次年度からは、代表者(登録者1)に一括して会費請求書が送付されます。なお、機関誌等の案内物は各登録者に送付されます。

入会お問い合わせ、申込書送付先

日本靴医学会事務局

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

TEL. 03-6267-4550 FAX. 03-6267-4555

E-mail: maf-kutsuigaku@mynavi.jp