一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー（AMWA）

会員　入会申込書

　記入日：　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | □一般会員 □学生会員 □法人会員 □代議員 | 入会年度 | 西暦 2020 年度 |

※ □に✔️を入れて会員種別を選択してください

■御名前■

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 | 名 | |
| フリガナ |  |  | |
| 氏　　名 |  |  | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 性 別 | 男　　・　　女 |

■御所属■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名  /役職 |  | | | | | | | | | | | 保有資格 | |  |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | (内線　　　　) | | | FAX： | |
| e-mail： | | | | | | | | | | | | | |

■現住所■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現住所  （自宅） | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | FAX： |
| e-mail： | | | | | | | | | | |

■同意事項■

|  |
| --- |
| □ わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー（AMWA）の趣旨に賛同し、入会を希望します。 |
| □ わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー（AMWA）会則に同意します。 |
| □ わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー（AMWA）個人情報保護方針に同意します。 |

※ 同意いただける場合は □に✔️を入れてください