

E-mail : info@jahi.jp または FAX : 03-6810-8512

公益財団法人日本ヘルスケア協会（J A H I）入会申込書

私は、公益財団法人 日本ヘルスケア協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

① 申込日と紹介者、該当する会員区分を、チェックしてください。

申込日	年 月 日	紹介者	
会員区分	<input type="checkbox"/> 法人会員	<input type="checkbox"/> 個人会員	(どちらか一方を <input type="checkbox"/> してください)

② 法人会員にお申込みの方は A 欄の太線枠内、個人会員にお申込みの方は B 欄の太線枠内に、もれなくご記入ください。

【A 欄】法人会員の申込み記入欄				
企業 情報	企業名	(フリガナ) 企業名		
	代表者	(フリガナ) 氏名	部署名 役職名	
	企業 所在地 (連絡先)	〒 TEL : FAX :		
	業種			
連絡 先 情報	担当者	(フリガナ) 氏名	部署名 役職名	
	担当者 所在地 (連絡先)	〒 TEL : FAX : E-mail :		
	年会費 (一口 10 万円/年 一口以上) ※申込口数と合計金額を記入		請求書 (どちらかに○)	
申込口数 → <u> </u> 口、合計金額 (年会費) → <u> </u> 万円		必要・不要		

【B 欄】個人会員の申込み記入欄			
本人 情報	氏名	(フリガナ)	勤務先名 部署役職名
	住所 (連絡先)	〒 TEL : FAX : E-mail : 案内等送付先(どちらかに○) : 勤務先・自宅	
年会費		3 千円 (人/年)	請求書 (どちらかに○) 必要・不要

(注) 1) 入会金はありません

◆ 入会申し込み手順

(入会申込書はホームページからもダウンロードすることができます)

1. 入会申込書に必要な事項を記入し、企業案内等を添えて協会事務局まで郵送 (メールまたはFAXでも可) する。
2. 会費を指定口座に振り込む。なお、請求書が必要な場合は、「入会申込書」送付時にその旨を記入する。
銀行口座：みずほ銀行 新横浜支店 (普通) 1692873 口座名義：公益財団法人日本ヘルスケア協会
※恐れ入りますが、振込手数料は御社でご負担願います。 ザイ) ニホンヘルスケアキョウカイ

※事務局入力欄 (何も記入しないでください)

・備考欄 会員 No.

--	--	--	--	--	--	--

受付	企業案内	入金	発送	特記事項	備考