

## 特定非営利活動法人日本ヘルスケア製品評価機構 入会申込書

特定非営利活動法人日本ヘルスケア製品評価機構

理事長 行き

私は法人の趣旨に賛同し、以下の通り入会を申し込みます。

お申込日 平成 年 月 日

会員種別 (○印をつけて下さい) (団体の場合は口数をご記入下さい。)	個人賛助会員 ・ 団体賛助会員 ( 年会費口数 口)
フリガナ (役職)ご氏名	
団体(企業)名	
フリガナ 住 所 ※団体所在地	〒 都道 府県
Tel(電話番号) ※団体の Tel	
Fax(Fax 番号) ※団体の Fax	
(役職)ご担当者名	
ご所属	
E-mail アドレス(必須)	@

上記当該加入申込書への記載内容に相違ないことを証します。

電話・FAX : 0898-35-2077

E-mail : [info@jao-hcb.org](mailto:info@jao-hcb.org)

HP アドレス : <http://www.jao-hcb.org>

送付先 〒799-1513 愛媛県今治市松木233-1

特定非営利活動法人日本ヘルスケア製品評価機構

上記項目にご記入の上、Eメール、FAX または 郵送にてお送り下さい。

団体会員の場合は口数をご記入下さい。

当該入会申込書が特定非営利活動法人日本ヘルスケア製品評価機構に到着後、記入していただいたメールアドレスに事務局より入会金及び年会費の振込先をEメールにてお知らせいたします。

入金確認後、確認メールを送付します。入金確認を持って手続き完了とさせていただきます。