

NPO法人ティー・アール・アイ国際ネットワーク

特定非営利活動法人ティー・アール・アイ国際ネットワーク入会申込書

当NPO法人の定款及び下記事項に同意のうえ入会します。

平成 年 月 日

会員 種別	正会員	<input type="checkbox"/> 医師	コメディカル(<input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 臨床工学士、 <input type="checkbox"/> 放射線技師、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師)					
	賛助会員		<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 団体(企業)				
フリガナ								
氏名又は団体名			Ⓜ					
生年月日(西暦)			19 年 月 日 年齢 歳 男・女					
フリガナ								
団体の場合代表者名			Ⓜ					
フリガナ								
個人の場合勤務先								
フリガナ								
住 所 (勤務先・団体)			(〒 -)					
フリガナ								
住 所 (個人自宅)			(〒 -)					
電話番号			自宅/勤務先 ()					
ファックス			自宅/勤務先 ()					
E-mail			@					
			受付日		担当者印		会長承認印	
			入会金・ 年会費 区分	正会員	入会金	なし	年会費	3,000円
				個人賛助会員	入会金	なし	年会費	2,000円
				団体賛助会員	入会金1口10,000円		申込口数	口
		年会費1口20,000円		申込口数	口			
【備 考】			納金日		担当者印		会長確認印	
①正会員:当法人の活動に参加する医師、看護師、 臨床工学士、放射線技師等の医療従事者 ②賛助会員:当法人の活動を援助する個人及び団体								

NPOティー・アール・アイ国際ネットワーク 会員更新用申請書

☐Medical

☐Co-Medical

☐Non-Medical

NPO会員ID:

ふりがな

お名前:

役職:

病院名/ 企業名/ 団体名:

住所:

電話番号:

Fax番号:

E-mail:

☐銀行振込した際の明細書コピーを添付同封の上、事務局にご郵送お願い致します。

会費振込先: 銀行口座 リソナ銀行 大船支店

口座番号: 1360964 (普通)

口座名義: ティー・アール・アイ国際ネットワーク

年会費: 正会員 3,000円 個人賛助会員 2,000円

振込明細書コピー貼付け

Thank you!!

Congress Secretariat

Shonan Kamakura General Hospital Research Center Division of Cardiology & Catheterization Laboratories

Address: 1202-1 Yamazaki, Kamakura 247-8533, Japan TEL: +81-467-46-1717 FAX: +81-467-46-1907

E-mail: saito@shonankamakura.or.jp <http://www.kamakuralive.net>