

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上入会します。		平成 年 月 日		
会員種別 □に✓を いれて下さい	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	
フリガナ				
氏名又は団体名				
生年月日(西暦)		19 年 月 日	年齢 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
フリガナ				
団体の場合/代表者名				
個人の場合/勤務先				
住所(勤務先/団体)		(〒 -)		
住所(個人宅)		(〒 -)		
電話番号		自 宅： 勤務先：		
ファックス		自 宅： 勤務先：		
E-mail		@		
写真貼付 パスポートサイズ (45×35mm) 返却不可	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	年会金： ￥3,000
		個人賛助会員	入会金： なし	年会金： ￥2,000
団体賛助会員		入会金：一口/￥10,000	申込口数： 口	
		入会金：一口/￥20,000	申込口数： 口	
〈備 考〉		納金日	担当者印	
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			会長承認印	
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

<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Co-Medical	<input type="checkbox"/> 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 りそな銀行 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

個人賛助会員 ￥2,000

振込明細書コピー貼付

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/