

入会申込書

貴会の理念と規約に賛同し、以下の通り入会を申し込みます

申込日 年 月 日

希望する会員種別 (賛助会員を希望される方は口数もお書きください)	<input type="checkbox"/> 一般会員 (年額：3,000円) <input type="checkbox"/> 学生会員 (年額：500円) <input type="checkbox"/> 賛助会員【個人】 (年額：1口1,000円 口数： 口) <input type="checkbox"/> 賛助会員【団体】 (年額：1口10,000円 口数： 口)
会費のお支払方法	下記の指定口座にお振込みください 長野銀行 元町支店 普通口座 【店番号】106 【口座番号】8836441 【名義】長野反核医療者の会 事務局長 出河進 ※振込手数料は入会者様でご負担いただきますのでご了承ください。

【個人入会記入欄】

氏名	フリガナ
所属団体名、事業所名、学校名	
職種または学科	

【団体入会記入欄】

団体名または法人名	
代表者氏名	フリガナ

【ご連絡先記入欄】

住所	〒
電話番号	
メールアドレス	

核兵器を廃絶する長野医療者の会

〒390-0803 長野県松本市元町2-9-11 民医連会館2F

TEL : 0263-36-1390 / FAX : 0263-33-1229