

# 日本救急クリニック協会 入会申込書（個人）

私は、日本救急クリニック協会の趣旨に賛同し、会員になることを申し込みをいたします。  
年会費として、次の通り納入いたします。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

会員種別： 正会員 一般会員 学生会員 賛助会員

フリガナ					
氏名					
生年月日	明大 昭平	年	才	性別	男女
フリガナ					
自宅住所	〒			都道	府県
ご職業 学年			携帯電話		
T E L			Eメール		
フリガナ					
勤務先名 学校名					
T E L			Eメール		

- ・ 申込書でご提供いただいた情報は、弊社の情報保護方針に基づき、安全かつ厳重に管理致します。
- ・ 申込書でご提供いただいた情報は、事務手続きのみに使用します  
ただし、セミナーや講演会等の開催案内を希望される場合には、その案内のためにも使用します。
- ・ ご同意なく第三者に開示・提供・預託することはありません。
- ・ 申込情報の開示・訂正・削除については、以下の窓口までご相談下さい。

## ●申込書送付先・問い合わせ窓口

〒114-0023 東京都北区滝野川5-4 1-3 TKビル6階

電話：03-5980-7312（NP0法人医桜内） FAX：03-5980-7310

[info@ieca.co.jp](mailto:info@ieca.co.jp)

## ●振込み先口座

りそな銀行 板橋店（支店番号：598） 普通 3841668

特定非営利活動法人 日本救急クリニック協会（トクヒ）ニホンキュウキュウクリニックキョウカイ

※誠に恐れ入りますが、郵送費用、振込み手数料はご負担いただきますようお願い申し上げます。