

一般社団受療者医療保険学術連合会 (SAPP) 入会申込書

貴学会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日 (任意)	昭和 年 月 日 平成
氏名	印			
勤務先	名称			職名
	住所	〒		TEL - - FAX - - E-mail @
自宅住所	〒		TEL - -	
<p>会費は、毎年度 3,000 円です。下記の口座に振り込んで下さい。</p> <p style="text-align: center;">りそな銀行 千里中央支店 普通預金 0216716</p> <p style="text-align: center;">名義 受療者医療保険学術連合会</p>				

- 注) 1. 会計年度は4月より翌3月までとなっています。
2. 書き漏れのないようお願いいたします。
3. 入会申込書は下記にお送り下さい。
4. 原則として、会員名簿作成の際には氏名とご勤務先を掲載いたします。

〒104-0061 東京都中央区銀座 6-13-16
 銀座 Wall ビル 5階 UCF501
 電話 03-6869-6581
 FAX 03-3502-1412
 E-Mail sapp_se1@sapph.jp
 URL <http://www.sapph.jp/>