国際アートメイク療法協会 入会申込書（一般会員）

国際アートメイク療法協会　御中

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。（＊必須項目）

			＜事務局使用欄＞ 会員番号	
ふりがな（＊）		生年月日 （西暦）	年　月　日	男　・　女
氏　名（＊）			㊞	
会員種別（＊）	☐ 医師　☐ 看護師・准看護師　☐ 学生			
所属機関等住所 （勤務先）（＊）	〒 TEL　FAX			
ご自宅住所 (自宅へ連絡希望の場合)	〒 TEL　FAX			
所属機関名（＊）		部署・職名		
E-mail（＊） （連絡先用）	@			
備　考 （ご質問・ご連絡等）				

※ご記載いただきました個人情報につきましては、本協会の会員管理に限り利用させていただきます。

西暦　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（送付先）国際アートメイク療法協会 事務局　〒106-0047
東京都港区南麻布 5-15-2 スカーラ広尾ステーションプラザ 205 号
E-mail：info@imap.or.jp
FAX: 03-3473-1235

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・備　考・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

■年会費（4 月～翌年 3 月）：　医師　¥30,000- / 看護師・准看護師　¥10,000- / 学生　¥3,000-

（4 月～12 月の申込の場合は「当年度会員」、1 月～3 月申込の場合には「翌年度会員」扱いとなります。）

■お振込先：下記の学会口座へ年会費をお振込み下さい

振込先名称：国際（コクサイ）アートメイク療法協会（リョウホウキョウカイ）
銀行名；三菱 UFJ 銀行
支店名：広尾支店(047)
種別：普通預金
口座番号：1001268

・・