

年 月 日

特定非営利活動法人 女性呼吸器疾患研究機構 事務局 宛

郵送またはFAXでお送りください

FAX: 03-3516-7152

◎◎ 入会申込書 ◎◎

以下のとおり、NPO法人 女性呼吸器疾患研究機構の  
会員に申し込みます。

ふりがな

氏 名

\_\_\_\_\_

男 女

\_\_\_\_\_

〒

\_\_\_\_\_

ふりがな

住 所

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号

( )

\_\_\_\_\_

FAX

( )

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

会員種別

正会員（個人）

(○をつけてください)  正会員（団体）

賛助会員（個人）

賛助会員（団体）

☆ 本NPO法人は、個人情報保護法を遵守し、お預かりした情報を厳重に管理いたします

事務局記入欄

入会年月日	会員種別	会員番号	