

一般社団法人国際医療健康交流機構 入会申込書(法人会員)

年 月 日

一般社団法人国際医療健康交流機構

代表理事 提橋 由幾 様

一般社団法人国際医療健康交流機構に下記年会費を納入のうえ、入会いたします。

入会にあたっては会員規約を遵守します。

* 必要事項を記入し PDF ファイルで事務局にお送りください。 info@imh.tokyo

合わせて会費の振込をお願いします。確認のうえ入会証書、領収書をお送りします。

法人名

役職名

代表者名

住所

ご連絡窓口

所属・役職名

氏名

住所 〒

電話番号

携帯電話番号

E mail

事務局への連絡事項

年会費 金 万円 (10 万円 口) 消費税対象外

年会費は 4 月 1 日より翌年 3 月 31 日までの年度です。

【会費振込先】

みずほ銀行 芝支店 店番 054 普通 4543415

一般社団法人国際医療健康交流機構 シヤ)コクサイイリョウケンコウコリユウキコウ

一般社団法人 国際医療健康交流機構 International Medicine and Health Institute

<http://www.imh.tokyo/>

住所 〒104-0033 東京都中央区新川 1-6-12 AI 茅場町ビル 2F

電話番号 03-6869-2657 E mail info@imh.tokyo