

お申込者について

■ 必要事項をすべてご記入ください。

| | | | |
|--|---|--------|--|
| フリガナ | | | |
| ご芳名 | | | |
| 勤務先名 | | | |
| 役職 | | | |
| 住所 <small>勤務先でも可 (各種送付先となります)</small> | | | |
| 電話番号 | | FAX 番号 | |
| メールアドレス | @ | | |

お申込書を郵送または FAX にて当学会事務局まで送付ください。PDF 等にてメールに添付しての送付も可能です。
会費の納入および入会申込書を学会事務局が確認し、理事会にて入会の承認を経て入会手続きが完了となります。
会費の支払いが完了後、入会が非承認となった場合は会費の全額をご返金いたします。

会費（年額） 毎年1月1日～12月31日 **10,000 円**

尚、令和3年度（令和3年12月31日まで）の年会費は無料となります。
令和3年度中にお申し込みの方は、会員申込時の会費の振込は不要です。

会費のお支払方法について

■ 下記の口座にお振込みください。

| | |
|-------|--|
| 金融機関名 | 三菱 UFJ 銀行 (ミヅホ ユーエフジェイ 0005) |
| 支店名 | 三宮支店 (サンノミヤ 462) |
| 口座番号 | 普通 3564311 |
| 口座名義 | 一般社団法人国際集学的治療学会 (イッパノシヤダノホクジノクワサイシュウガクケキリョウガクカイ) |



〒541-0041
大阪府大阪市中心区北浜3丁目1番22号
事務局 あいおいニッセイ同和損保淀屋橋ビル11階
公益財団法人神戸国際医療交流財団 内
TEL 06-6228-3188 FAX 06-6228-3366