

入会申込書

個人

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会
理事長 新井 恒紀 殿

日本医療リンパドレナージ協会の事業目的に賛同し、協力・支援するために入会を
申し込みます。入会ご承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

太枠内をすべて記入（※ない場合は、“ナシ”と記入）

入会年度（*）	年度	申込年月日	年	月	日
会員種別	賛助会員 （個人）	入会金 3,000 円 申込口数（口）	年会費 6,000 円（一口） 金額（円）	※申込口数と、金額をご記入ください。	
ふりがな	-----				
氏名					
生年月日 （西暦）	年	月	日	性別	男・女
ふりがな	-----				
住所	〒 都道府県				
連絡先	電話				
	F A X				
	携帯電話				
メールアドレス	パソコン	@			
	携帯電話	@			
※ドメイン拒否設定をされている方は、協会ドメイン（***@mlaj.jp）からのメールを受け取れるように設定をお願いします。					
希望 連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

*入会年度について
当協会の事業年度の期間は、4月
1日から3月31日までです。

理事長承認印

事務局受領印

協会記入欄

会員
No.入会
承認日