

特定非営利活動法人 母子フィジカルサポート研究会 入会申込書

私はこの会の趣旨に賛同し、

正会員 賛助会員 として入会を希望します。

*ご希望の会員に☑をお付け下さい。

			記入日 20 年 月 日		
ふりがな氏名		職種	生年月日	19 年 月 日 : 歳	
住所	〒 - 都道府県				
電話	- -	携帯電話	- -		
F A X	有・無	-	-		
E-mail	@				

アルファベットは明瞭にお書きください

以下、当てはまる項目に☑をお願いします。

<正会員希望の方>

母子フィジカルサポートの輪 ML 及び会員用 ML への自動登録について 同意する
「会員の証」発行（無料） 希望する 希望しない

<賛助会員希望の方>

母子フィジカルサポートの輪 ML の自動登録について 希望する 希望しない
「会員の証」発行（有料） 希望する 希望しない

※別途 1,000 円必要になります。

就業形態・主な就業先など	就業施設あり・出張専門開業・施設開業・その他
就業施設名	

備考

※

講師（当会公式セミナーの講師）に連絡先を知らせることがありますので、どうぞご了承下さい。

※今後、当会よりお知らせ、DM などを送付させて頂くことがございます。ご不要の場合は、事務局までご連絡下さい。

事務局使用欄

振込	入会	No.
----	----	-----