

日本循環器病予防学会 施設会員申込書

施設会員の登録を希望される場合は、施設会員申込書様式1(本紙)1枚と個人登録申込書様式2を登録人数分をご提出ください。(提出先は下記ご参照ください)

申込日	年 月 日					
施設名						
施設区分 いずれかに○	<input type="checkbox"/>	医療機関	<input type="checkbox"/>	健康管理機関	<input type="checkbox"/>	健診機関
	<input type="checkbox"/>	保健指導機関	<input type="checkbox"/>	調剤薬局	<input type="checkbox"/>	保健医療行政等
	<input type="checkbox"/>					その他 () *その他は本会理事長が認めた施設に限る
代表者様						
ご住所	〒					
ご担当者様	氏名			部署名		
	電話			FAX		
	メール					
	<重要>携帯メールやフリーメール等をご利用の方は、メールソフトやサイトのヘルプを参考に[jacd.info]のドメイン指定受信をお願い致します。					

*担当者が変更になる場合は、速やかに事務局にご連絡ください。

登録申込者合計	名	人数分の個人登録申込書(様式2)をご提出ください。
学会誌送付	冊	学会誌は担当者様に送付します。 複数冊希望される場合はご記入ください。

<施設会員申込書提出先>

メール、FAX、郵送のいずれかの方法でお送りください。

一般社団法人 日本循環器病予防学会

〒161-0034 東京都新宿区上落合3-9-1 北村ビル402号室

電話 : 03-6304-0760 FAX : 03-6304-0565 メール: office@jacd.info

*申込書受領後、5日間以内に担当者様宛にご連絡します。連絡がない場合は、上記までご連絡ください

※以下、事務局記入欄

申込書受付日

施設会員登録日

施設会員番号

