

年 月 日

入会申込書

一般社団法人 日本アジア医療・福祉人材交流協会 行 (FAX 06-6361-4828)

住所または所在地 _____

職業または会社名 _____

氏名または代表者名 _____

電話番号 _____

貴会の趣旨に賛同し、入会の申し込みをいたします。(☑を入れてください)

準会員入会金 100,000 円

同 会費 60,000 円

法人会費 30,000 円

個人会費 6,000 円

会費お振り込み 三菱東京UFJ銀行 梅田中央支店

普通預金 0058876

名義 一般社団法人日本アジア医療・福祉人材交流協会

※なお、振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。