

社団法人 日本代替医療食品研究会
賛助会員入会申込書

フリガナ 企業名		部署名 及び 役職名	
住所	(〒)		
TEL		FAX	
担当者名		職種	
携帯番号			
携帯 E-Mail			
PC用 E-Mail			
会費	一口 10万円 / ()口 合計金額 / ()万円		

本会の目的に賛同し、賛助会員として入会を希望いたします。

平成 年 月 日

会社名

代表者名

印