

# お申し込みFAX No : 03-3654-2410

## 社団法人 食医同源之会 会員入会申込書

201 年 月 日

(社)食医同源之会  
事務局行

食医同源之会の事業の目的に賛同し会員として入会を申し込みます。

※ 印は記入必須です。

※	氏名	(姓/Sur Name)	(名/Given & Middle Name)	生年月日	年	月	日

送付物等の送り先を○で囲んで下さい。

※	送付先	1. 自宅	2. 勤務先
---	-----	-------	--------

※	1. 自宅	〒	
		TEL	FAX
		E-mail	

2. 勤務先	〒	
	フリガナ	
	勤務先名	
	所属・役職名	
	TEL	FAX
	E-mail	

下記の郵便口座に、郵便振替用紙(払込取扱票)にてご入金の上、ここに控えを貼り付けて下さい。

**お振込先:**  
郵便口座  
加入者名 一般社団法人 食医同源之会  
口座番号 00180-8-290637