

# 入 会 申 込 書 (賛助会員用)

公益社団法人全国大学保健管理協会  
代 表 理 事 殿

ふりがな \_\_\_\_\_

(会社名) \_\_\_\_\_

(所在地) 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(代表者氏名) . \_\_\_\_\_ 印

当社は、平成 年 月 日付けにて公益社団法人全国大学保健管理協会  
会員及び会費に関する規程第3条に掲げる賛助会員として入会いたしたく、賛助  
会員会費年額 ( 口) 金 \_\_\_\_\_ 万円として申し込みます。

※空欄にご記入下さい。

1. (連絡先)

〒 \_\_\_\_\_

2. (ご担当者) 部 局 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(Phone) \_\_\_\_\_

(FAX) \_\_\_\_\_

(E-mail) \_\_\_\_\_

-----  
(協会使用欄)

受付日	代表理事	事務室	理事会承認日	会費納入日