

一般社団法人 再生医療美容化粧品協会 入会申込書 (企業・団体・個人)

年 月 日

一般社団法人 再生医療美容化粧品協会 代表理事 羽鳥 聡 様

貴協会の趣旨に賛同し、会員規約を承認のうえ入会を申し込みます。

入会後は、一般社団法人 再生医療美容化粧品協会の定款及び各規程を遵守いたします。

法人・団体 会員	ふりがな			
	会社・団体名	印		
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			
	ふりがな		役職名	
	代表者氏名			

個人 会員	ふりがな			
	氏名	印		
	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			

年会費	種類・区分	正 会 員		賛 助 会 員	
	企業	¥	100,000	¥	50,000
	団体	¥	50,000	¥	20,000
	個人	¥	10,000	¥	5,000

会費請求書及び資料等送付先：

入会希望日	年 月 日		
会員の種類・区分 (いずれかに○)	企業正会員	団体正会員	個人正会員
	企業賛助会員	団体賛助会員	個人賛助会員
加入口数	口	会費額	円

*入会には審査があります。申し込みを頂いてから入会承諾書を発行しますので、その後にお振り込みください。

<お支払方法>

銀行振り込み日をもって入会日とします。

振り込み指定口座：三井住友銀行 新宿支店 普通 5010413

一般社団法人 再生医療美容化粧品協会