

No. \_\_\_\_\_

申込日： 年 月 日

## 「一般社団法人日本臨床睡眠医学会」 入会申込書（賛助会員・団体用）

一般社団法人日本臨床睡眠医学会への入会を希望いたします。

※太枠のなかのみご記入ください

フリガナ		略 称
社 名		
本社所在地	住所：(〒 )	
担 当 部 署	名 称	
	代表者 所属部署	
	担当者名	
	所在地	住所：(〒 )
		TEL： <input type="text"/>
	E-mail： <input type="text"/>	
希望口数	50,000円 × <input type="text"/> 口	
推薦者氏名※	<input type="text"/> ㊟	ご所属 <input type="text"/>

※ご入会に際しては、本学会役員（理事・監事・評議員）より1名の推薦が必要です。

会社案内、パンフレット等をご同封ください。

入会申込送付先： 〒162-0825  
東京都新宿区神楽坂 4-1-1 (株)ワールドプランニング内  
一般社団法人日本臨床睡眠医学会事務センター 宛

受理日	年 月 日
入会日	年 月 日