

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:	FAX:
		E-mail:	
希望口数	50,000円 × 口		
推薦者氏名※	(印)	ご所属	

※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