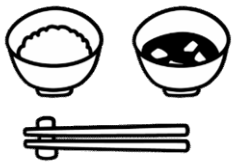
NPO法人　日本綜合医学会

食養学院　上級課程受講申込書（自著のこと）



令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	カラー写真 3cm×4cm
氏名	第　　期生		
生年月日	(明・大・昭・平)　年　　月　　日(満　　歳)		
現住所	(〒　　-　　)		
電話番号	/FAX		
メールアドレス	@		
ご職業	(具体的にお書きください)		
ご紹介者			
連絡先	(現住所以外にご連絡を希望される場合はご記入ください) 電話番号等		

学院受講料等

申込者区分 ＊○で囲んで下さい	受講料	入会金および年会費	合計	早割(6月末日迄)
			＊金額を○で囲んで下さい	
【会員】	68,000円	＊なお、会員の方は別途年会費を納金ください	68,000円	65,000円
【一般】 同時入会	68,000円	入会金3,000円 ＋年会費9,000円	80,000円	77,000円

＊上級課程は会員のみ受講することができます。

＊中級まで【一般】で受講されていた方は上級申込と同時にご入会お願い致します。

その他 ご要望記入欄	

事務局記入欄　入金日　　¥