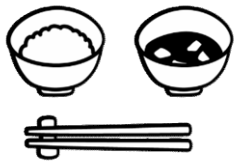
NPO法人　日本綜合医学会

食養学院　中級課程受講申込書(自著)



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 ＊金額を○で囲んで下さい	早割(6月末日迄)
会員	日本綜合医学会 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
	入会しない	77,000円		77,000円	74,000円
学生	同時入会	55,000円	入会金3,000円 ＋年会費9,000円	67,000円	なし
	入会しない	55,000円		55,000円	なし

＊学生(高校・短大・専門学校・大学)の方は学生証のコピーを提出してください

その他 ご要望記入欄	

事務局記入欄　入金日　　¥