

賛助会員入会申込書 個人

一般財団法人動物看護師統一認定機構 御中

私は、一般財団法人動物看護師統一認定機構賛助会員規約に同意し、入会を申し込みます。

申込日 20 年 月 日

申込口数	口
------	---

基本情報	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	西暦	年	月	日	性別
自宅情報	フリガナ					
	住所	〒	※ビル・マンション名・号室までご記入ください。			
		都 道				
		府 県				
	電話番号			FAX 番号		
携帯番号						
E-mail						
勤務先情報	フリガナ					
	勤務先名	(職種)				
	役職					
	フリガナ					
	住所	〒	※ビル・マンション名・号室までご記入ください。			
	都 道					
	府 県					
電話番号			FAX 番号			
HP掲載情報	<p>●本機構ホームページ上の氏名・勤務先名の表示について</p> <p><input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>希望する</p> <p>※「氏名」「勤務先名」と異なる場合のみ。勤務先名を表示しない場合は「なし」とご記入ください。</p> <p>表示氏名: 表示勤務先名:</p>					

【送付先】

下記事務局まで FAX・郵送・メール添付、
いずれかの方法でご送付ください。

受理確認のご連絡はいたしませんので、ご注意ください。

●FAX 03-5805-6062

●〒113-0033 東京都文京区本郷 5-23-13 タムラビル 8 階
一般財団法人 動物看護師統一認定機構 事務局宛

●E-mail info@ccrvn.jp

事務局記入欄
到着日
受付日
振込日
入会日
会員番号