



一般社団法人 動物補完代替医療協会 入会申込書

Society for Complementary and Alternative Medicine for Animals.

一般社団法人 動物補完代替医療協会の趣旨に賛同し、下記の通り入会の申込を致します。

			お申込日 年 月 日
会員種別	入会金	年会費	対象者
<input type="checkbox"/> 賛助会員	50,000 円	10,000 円	当法人の事業を援助するために入会される方。
※賛助会員の会員様名は協会 HP にて公開させていただきます。ご希望を○で囲んでください→（公開・非公開）			
<input type="checkbox"/> 正会員	10,000 円	10,000 円	当法人の目的に賛同し入会される方。
<input type="checkbox"/> 一般会員	無 料	無 料	当法人が行うイベントに参加するために入会される方。

※ 入会初年度の年会費は、入会金に含まれます。

※ 入会金・年会費につきましては、社会状況等を鑑み今後変更される場合がございます。

申込区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体		
ふりがな			
名称・氏名			
所在地・住所	〒		
TEL		FAX	
担当者名		携帯電話	
E-mail			
入会理由	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> HP を見て <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ご紹介者			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 ※領収書が必要な場合は宛先をご記入下さい（ ） <input type="checkbox"/> 銀行振込【お振込先：みずほ銀行 目黒支店（普通）No.1233380】 <input type="checkbox"/> 座名義：シャ）ドウブツホカンダイタイイリョウキョウカイ		

入会をご希望の方は必要事項をご記入の上、下記へ郵送もしくは FAX をお願いします。入会申込書と会費の入金が確認できましたらご連絡させていただきます。

◆協会記入欄◆

申込書受付日		担 当	
御入金日		入会日	
会員番号			
備 考			

一般社団法人 動物補完代替医療協会 <http://www.scama.or.jp/> info@scama.or.jp

事務局〒145-0065 東京都大田区東雪谷 3-28-12-403 TEL03-6455-1850 FAX03-6455-0591