



賛助会員

お申込みFAX：075-366-3334

地域医療・介護研究会JAPAN（略称：LMC）入会申込書

私は、LMCの活動方針に賛同し入会を希望します。

申込日： 年 月 日

会員種別 申込口数	<input type="checkbox"/> 個人賛助会員 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 団体賛助会員 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/>
フリガナ			
氏名		(窓口担当者)	
団体名 (所属先)			(大学名)
部署名			(学部名)
役職			(学年)

連絡先

勤務先

自宅

〒

住所

E-mailアドレス：

固定電話

携帯電話

FAX

会員情報の公開について

氏名・団体名の情報を、ホームページなどで公開することについて

どちらも公開してよい

氏名のみOK

団体名のみOK

非公開を希望

LMCを知ったきっかけ (差し支えない範囲、わかる範囲で結構です)

LMC会員からの紹介

個人からの紹介

団体からの紹介

紹介者 ( )

講演会

研究集会

地域交流会

その他

開催日、地域など ( )

上記以外 ( )

会員種別	個人賛助会員	団体賛助会員	学生会員
入会金	5,000 円 (入会時のみ)	100,000 円 (入会時のみ)	1,000 円 (入会時のみ)
会費	5,000 円 / <input type="checkbox"/> 口	100,000 円 / <input type="checkbox"/> 口	(初年度無料)1,000 円 / <input type="checkbox"/> 口
合計	円	円	円

領収書の送付

領収書の送付を希望します。\*希望する方は✓を入れてください。

領収書宛名：

お振込先について ※おそれいりますが、振込手数料はご負担いただきますようお願い申し上げます。

■ ゆうちょ銀行（郵便局）

【支店名】 四四八

【口座番号】 (普) 5 2 0 3 1 8 7

【記号・番号】 1 4 4 1 0 - 5 2 0 3 1 8 7 1

口座名義： トクヒ) チイキイリョウカイゴケンキュウカイジャパン

<お問い合わせ先>

NPO法人 地域医療・介護研究会JAPAN 事務局

電話：075-366-6333 FAX：075-366-3334 E-mail：info@ lmc-japan.jp

ホームページ：http://www.lmc-japan.jp

\*ご入会の際にいただく個人情報、当法人個人情報保護の方針に基づいて適切に管理し、当法人からの案内等の発送、会員管理のための保管、事業報告書等での統計数値データの報告等に使用します。