

# 一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー (AMWA)

## 会員 入会申込書

記入日： 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> 法人会員 <input type="checkbox"/> 代議員	入会年度	西暦 2020 年度
------	--	------	------------

※ □に✓を入れて会員種別を選択してください

### ■御名前■

	姓	名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女

### ■御所属■

法人名 /役職		保有資格	
所在地	〒           -		
	TEL :	(内線 )	FAX :
	e-mail :		

### ■現住所■

現住所 (自宅)	〒           -		
	TEL :		FAX :
	e-mail :		

### ■同意事項■

<input type="checkbox"/> わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー (AMWA) の趣旨に賛同し、入会を希望します。
<input type="checkbox"/> わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー (AMWA) 会則に同意します。
<input type="checkbox"/> わたしは、一般社団法人先端医科学ウェルネスアカデミー (AMWA) 個人情報保護方針に同意します。

※ 同意いただける場合は □に✓を入れてください