

公益社団法人ビタミン・バイオフィクター協会
入会申込書（正会員）

年 月 日

公益社団法人ビタミン・バイオフィクター協会 会長 大島 敏久 様
貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

ふりがな			
氏名			
自宅住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

ふりがな		所属部署	
勤務先名		役職名	
勤務先住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

会費納入日	年 月 日
会費額	円
会費請求書及び資料等送付先	
会費名の公表	同意する ・ 同意しない（いずれかに○） 公表に同意いただいた場合は、HP等にお名前を掲載させていただく予定です。
HPのリンク先	当協会のホームページにて、会員様のホームページにリンクをはり、ご紹介します。 ご希望があればURLを記入し、併せて、紹介メッセージを下記備考欄に20文字程度で ご記入ください。
	URL
備考欄	

振込先：三菱UFJ銀行・出町支店（店番号506）
普通預金（口座番号 4275379）
口座名義：公益社団法人ビタミン・バイオフィクター協会

事務局：〒606-8302 京都市左京区吉田牛ノ宮町4番地
日本イタリア会館3階
TEL & FAX 075-751-5657 E-mail: vitamink@eagle.ocn.ne.jp