

賛助会員入会申込書

NPO法人 アトラス・オステオパシー学院
理事長 森田 博也

NPO法人アトラス・オステオパシー学院の活動目的に賛同し、賛助会員として入会を希望します。

フリガナ			
ご氏名			
ご住所	〒	—	自宅・勤務先 (○をつけてください)
連絡先番号	電 話	携 帯	
	F A X		
e - mail	@		
ご職業			
当会を知った理由			
会費支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込み	<input type="checkbox"/> 現金手渡し	
	<input type="checkbox"/> 郵便振込み	お振込金額 5,000 円 × () □	
申込年月日	平成	年	月 日



ファックスでの申込みは下記番号でお願いいたします。

F A X : 0 4 6 7 - 8 4 - 7 0 1 2

ご入会についてのお問い合わせ事務局までお願いいたします。

アトラス・オステオパシー学院 事務局

〒253-0002

神奈川県茅ヶ崎市高田4丁目4-27 2F

電話：0467-84-7012

F A X : 0 4 6 7 - 8 4 - 7 0 7 2

E-mail : info@e-aco.org