FAX 06-6370-5884

郵送先 大阪ライフサポート協会 事務局
〒533-0033
大阪市東淀川区東中島1-17-5　ステュディオ新大阪416号

特定非営利活動法人 大阪ライフサポート協会　入会申込書（個人会員用）

★は必須項目です。

★登録日（申込日）		平成　　年　　月　　日	
★会員種別	入会金一律 ￥3,000	☐ 正会員	☐ 準会員
★フリガナ		（セイ）	（メイ）
★名　前		（姓）	（名）
★勤務先 施設・会社名			
★勤務先 部 署 名			
★協会資格		☐ プレインストラクター　☐ アシスタントインストラクター ☐ 協会での資格なし	
★職　種		☐ 医師	☐ 歯科医師
		☐ 看護師	☐ 救急救命士
		☐ その他の医療従事者（　　）	☐ 医療職以外
★入会理由		☐ 協会の趣旨に賛同したから ☐ 認定インストラクターになるため ☐ 会員からの紹介 ☐ その他	詳細理由 詳細をご記入下さい
自宅	★郵便番号・住所	〒　　－	
	★電話番号	－　　－	
≪会報、資料などをご自宅以外へ配送をご希望の場合は、以下の欄へ詳細をご記入下さい≫			
勤務先など	郵便番号・住所	〒　　－	
	施設名・会社名		
	所属部署名		
	電話番号	（　　）　　－	（携帯電話可）
★E－Mail アドレス ※		＠	

※記載いただいた E-MAIL を会員用メールマガジン（メディア情報や、イベント情報など）に登録致します。
◆不特定多数の方が使用する職場の代表アドレスなどは避けて下さい。
◆フリーメールアドレスは、不達やメール消失が頻発しています。できるだけ避けて下さい。
◆携帯電話のメールアドレスをご記入の場合は、パソコンからのメールが受け取れる設定にして下さい。