

日本精神神経科診療所政治連盟 入会届

入会要件

日本精神神経科診療所協会員（種別問わず）

各地区精神神経科診療所協会員（種別問わず）

氏名（ふりがな）	()
生 年 月 日	年 月 日
自 宅 住 所	〒
電 話 番 号	
メールアドレス	
勤 務 先 名	
勤 務 先 住 所	〒
職 種 ・ 役 職	
会 員 種 別	<input type="checkbox"/> 日精診正会員 <input type="checkbox"/> 日精診賛助会員 A <input type="checkbox"/> 日精診賛助会員 B <input type="checkbox"/> 各地区精神神経科診療所協会員（地区名： ）

私は、日本精神神経科診療所政治連盟の趣旨に賛同し、入会を希望します。規約を遵守し、会員としての責務を果たすことを誓約いたします。

日 付： 年 月 日

署 名： _____

会費お振込先のご案内

銀 行 名	住信 SBI ネット銀行 （金融機関コード：0038）
支 店 名	リンゴ支店 （支店コード：105）
口 座 番 号	普通 8975678
口 座 名 義	ミキ カズヒラ

※振込手数料はご負担ください。

※お振込後、確認のため事務局までご連絡ください。

日本精神神経科診療所政治連盟事務局

〒160-0022

東京都新宿区新宿2丁目12番13号アントレサロンビル2階（株）リリパットアート

メールアドレス： info@jancd.jp