

## 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