

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	☐ 日精診正会員 ☐ 日精診賛助会員 A ☐ 日精診賛助会員 B ☐ 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	三菱 UFJ 銀行 （金融機関コード： 0 0 0 5）
支 店 名	千葉支店 （支店コード： 2 7 0）
口 座 番 号	普通 3 0 7 6 7 8 4
口 座 名 義	日本精神神経科診療所政治連盟 執行委員長 三木 和平 ニホンセイシンシンケイカシンリョウジヨセイジレンメイ 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