

日本美容サポートメディカル協会

入会申込書

日本美容サポートメディカル協会 御中

私は、日本美容サポートメディカル協会の入会に同意し、所定の月会費を納入のうえ貴協会に入会を希望します。

フリガナ		年 月 日
企業名		
フリガナ		
代表者名	印	
フリガナ		
担当者名		
フリガナ		
住所		
連絡先	TEL	FAX

協会加盟サロン		印
フリガナ		
サロン住所		
連絡先	TEL	FAX
E-Mail		

◆ 月会費 6,000円 入会金 30,000円

(注)振込者名(カタカナ)	
---------------	--

(注)サロン名と振込者が異なる場合は必ずご記入ください。

◆ サロン店舗多数の場合は入会するサロン名、住所 TEL FAX E-Mailを別紙に記載し、この用紙と一緒に送付してください。

◆ 納入方法 銀行振込 1サロン36,000円を前払いとし下記口座にお振込下さい。

月々6,000円は毎月25日までに下記口座にお振込下さい。

銀行・支店： 千葉銀行 新宿支店
 口座番号： (普) 3090309
 口座名義： 日本美容サポートメディカル協会 事務長 中島 昌史
 (ニホンビヨウサポートメディカルキョウカイ ジムチョウ ナカジマ マサシ)

◆ 本申込書は下記協会までFAXにて送付して下さい。

日本美容サポートメディカル協会
 〒431-1304 静岡県浜松市北区細江町中川888-536
 TEL 053-412-6125 FAX 053-412-6116