

入会申込書

平成 年 月 日

アーユルヴェーダ・メディカル・アソシエイツ・ジャパン 理事長 殿

私は、本会の趣旨に賛同し誓約書・承諾書を添えて入会を申込みます。

カナ		性別		住所	〒	
氏名						
生年	西暦	年	月	日生	職業	医療従事者・会社員・自営業・主婦・学生・無職・その他
連絡先	電話番号	自宅				
	携帯番号					
	E-Mail	携帯不可				
(主) 保有資格						

※ご提供いただいた個人情報は本会事業活動以外の用途には使用いたしません。

誓約書

平成 年 月 日

アーユルヴェーダ・メディカル・アソシエイツ・ジャパン 理事長 殿

私は、本会への入会にあたり、下記の内容を誓約いたします。

記

1. 本会の規約及び各種規程を遵守すること
1. 入会金・会費納入、その他の会員義務を履行すること
1. 入会申請書に虚偽の事実を記載していないこと
1. 本会で得た企業情報・個人情報・会員情報につき、漏洩しないこと
1. 懲戒処分、これまで禁固以上の刑に処せられていないこと
1. 暴力団、暴力団員、暴力団関係企業・団体又はその関係者に該当しないこと
1. その他の反社会勢力又はその所属員に該当しないこと

平成 年 月 日

(自署) 氏名 _____ ㊞

	担当印		担当印		担当印
受付		理事長		事務局	

承諾書

平成 年 月 日

アーユルヴェーダ・メディカル・アソシエイツ・ジャパン 理事長 殿

本会への入会理由、ご職業やアーユルヴェーダ・ヨーガ・インド占星術などとの関連性、自己 PR など何なりと自由にご記入ください。

入会費 : 10,000 円 入会申込後 10 日以内に支払うものとする。

年会費 : 12,000 円 (入会月により異なりますのでホームページでご確認下さい。)

※年会費は本会が指定する期日までに支払うものとし、いかなる場合も残存分の回避及び経費の返還を求めることはできないものとする。未払はこれを完納しなければならない。

初年度は入会費と年会費の合計金額 (入会月により異なる) を下記口座へお振込下さい。

次年度からは年会費の 12,000 円を期限前に収めて下さい。

振込先 : 三井住友銀行 天神町支店 口座番号 (普) 2086943

口座名義 : 田端 瞳 (タバタ ヒトミ)

平成 年 月 日

(自署) 氏名 _____ 印

	担当印		担当印		担当印
受付		理事長		事務局	