

日本スカルプケア協会 協賛会員入会申込書



正会員 賛助会員

お申込日 年 月 日

協賛会員 この協会の目的に賛同しこの協会の活動を支援・参加する個人及び法人で事業年度単位の会員。
 30,000円 以上の入会とする。
 お申込口数

| | | | | |
|-------------------|----------|------------|--------|--------|
| フリガナ 御社名 | ご紹介者 | | | 様 |
| フリガナ 連絡先 会社 | 〒 | 都・道 府・県 | 市・区 | 丁目 番 号 |
| ビル・マンション名 | | | | |
| 会社TEL | — | — | E-mail | |
| 会社FAX | — | — | HPアドレス | |
| 業種 | 設立 年 月 | | | |
| フリガナ 氏名 | 部署 役職 | | | |
| 生年 月日 西暦 | 年 | 月 | 日()才 | 携帯TEL |
| | — | | | — |

* 上記太枠にご記入の上、FAX・郵送にてお申込下さい。
 入会金・会費のご確認後会員としての資格が発生致します。
 会員申込確認後、会員証を発行させて頂きます。

お振り込み先

日本スカルプケア協会

東京都港区南青山2-9-25 ラポール青山303
 専用TEL 080-1165-8739 FAX 03-3585-6508

個人情報保護法により、会員の情報は当協会の活動
 についてのみ使用致します。

| 会員証発行 | 会費受領日 | 申込受付日 |
|-------|-------|-------|
| / | / | / |