

(一般・特別会員)

入会申込書

入会をご希望の方は下記の必要事項をご記入の上、一般社団法人 日本心・血管病予防会まで、FAX もしくは郵送にてお申し込みください。ご記入の際、ご本人以外の場合には「2.ご本人以外の連絡先」をご記入ください。

貴会の趣旨に賛同し、 一般会員 特別会員 (どちらかを選択) に申し込みいたします。

入会申込日 年 月 日

1. 入会するご本人 (※: 記入が必須です)

フリガナ 氏名 ※	-----		性別 ※	男 ・ 女
	-----		生年月日 ※	年 月 日生
ご自宅 ※	住所: 〒			
	TEL: ()	携帯電話: ()		
	FAX: ()	携帯メールアドレス:		
	E-mail:			
勤務先	勤務先:		所属:	
	住所: 〒			
	TEL: ()	FAX: ()		
	E-mail:			
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 歯周囲炎・歯槽膿漏 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 (病名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)			
かかりつけ医	病医院名:		診療科:	
	TEL:	担当医:		
紹介者 ※				

2. ご本人以外の連絡先 (※: 記入が必須です)

フリガナ 氏名 ※	-----		性別 ※	男 ・ 女
	-----		生年月日 ※	年 月 日生
ご自宅 ※	住所: 〒			
	TEL: ()	携帯電話: ()		
	FAX: ()	携帯メールアドレス:		
	E-mail:			
勤務先	勤務先:		所属:	
	住所: 〒			
	TEL: ()	FAX: ()		
	E-mail:			
ご本人との関係				

【入会連絡先およびお問い合わせ】

一般社団法人 日本心・血管病予防会

ご記入いただきました個人情報は当会で適切に管理し、会報誌及び当会からのご連絡書類等を送付する際に使用します。また、発送に関わる会社以外への第三者への提供、開示はいたしません。

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-6-3 新宿国際ビルディング新館6F (株)心血管病研究所 内

TEL : 03-5909-0580

FAX : 03-5909-0582

(賛助会員・特別法人会員)

入会申込書

入会をご希望の方は下記の必要事項をご記入の上、一般社団法人 日本心・血管病予防会まで、FAX もしくは郵送にてお申し込みください。

貴会の趣旨に賛同し、 賛助会員 特別法人会員 (どちらかを選択) に申し込みいたします。

入会申込日 年 月 日

法人・団体名称	(フリガナ)	
法人・団体所在地	(住所) 〒	
	(建物名称等)	
担当部署名称		
担当者・連絡先	(フリガナ)	TEL : ()
		FAX : ()
		携帯番号 : ()
	E-mail :	
年会費口数	<input type="checkbox"/> [1口 (100,000円) 以上]	

法人特別会員にお申込みの場合、特別会員を2名まで登録いたします。法人会員登録申込書(様式3)を登録者人数分をご記入いただき必ず一緒にお申し込みください。

【入会連絡先およびお問い合わせ】

一般社団法人 日本心・血管病予防会

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-6-3 新宿国際ビルディング新館6F 株式会社 心血管病研究所 内

TEL : 03-5909-0580

ご記入いただきました個人情報は当会で適切に管理し、会報誌及び当会からのご連絡書類等を送付する際に使用します。また、発送に関わる会社以外への第三者への提供、開示はいたしません。

FAX : 03-5909-0582

法人会員登録申込書

特別法人会員は2名様まで記名登録することができます。健診データの管理等個人情報を取り扱う関係上、会員サービスを受けられる方ご本人の登録が必要となります。
 登録が完了しましたら、会員証の発行をいたします。

入会するご本人

法人・団体名称	(フリガナ)		
氏名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日生
ご自宅	(住所) 〒		
	TEL : ()	携帯番号 : ()	
	FAX : ()		
	E-mail :		

【入会連絡先およびお問い合わせ】

一般社団法人 日本心・血管病予防会

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-6-3 新宿国際ビルディング新館6F 株式会社 心血管病研究所 内

TEL : 03-5909-0580

ご記入いただきました個人情報は当会で適切に管理し、会報誌及び当会からのご連絡書類等を送付する際に使用します。また、発送に関わる会社以外への第三者への提供、開示はいたしません。

FAX : 03-5909-0582