

ISASA 国際睡眠時無呼吸アカデミー 入会申込FAX用紙

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ISASA事務局

TEL・FAX 06-6395-3331

当会の趣旨に御賛同いただき有難うございます。

必要事項をご記入の上、入会申込FAX用紙をご返送ください。

会員No _____

※太枠内にご記入下さい

フリガナ 氏名	男 / 女
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日生
名前 (フリガナ) 診療所住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
連絡事項	

下記まで入会金 5万円 年会費 1万円振込ください。

三菱UFJ銀行 千里中央支店 普通預金 0396546

一般社団法人 国際睡眠時無呼吸アカデミー

*入会申込日より10日以内に、口座へのお振込をお願いします。

入会確認後事務局より会員ナンバーを御送りします。

会員ナンバー御記入の上 KI ortho に模型をお送りください。

ISASA 国際睡眠時無呼吸アカデミー 事務局

TEL・FAX 06-6395-3331

〒532-0002 大阪市淀川区東三国4-1-8 大京ビル東三国ハイツ2階2C