

会員申込書（送付状）

日本認知症予防学会 東京都支部 事務局 御中

お申込日： 年 月 日

日本認知症予防学会 東京都支部 会員申込	
貴機関名・団体名	
連絡先 ※関係書類送付等	氏名
	書類送付先 所属先・ご自宅 ○をお願い致します。
	住所 〒
	TEL :
	FAX :
	E-mail :
申込詳細	会員：1000円 会員につきまして、会報・講演会・研修会等の各種ご案内。
	振込先：三菱UFJ銀行 新富町支店（普通）0183700 口座名：日本認知症予防学会 東京都支部 支部長 鈴木正彦 ※振込手数料につきましては、ご負担の程ご承知申し上げます。

なお、ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡お願いいたします。

<p style="text-align: center;">FAX 送付先及び連絡先 送付先：日本認知症予防学会 東京都支部 事務局 担当者：齊藤 FAX：03-3553-0757 連絡先 TEL：03-3553-0631 E-mail：info@tokyoninchishou.jp</p>
