入会申込書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人 日本失明予防協会　御中

公益財団法人日本失明予防協会の趣旨に賛同し、正会員として入会の申込をいたします。

法人会員会費　　一口　１００，０００円　　口数　　　　口

個人会員会費　　一口　　　５，０００円　　口数　　　　口

〒　　　　-

　ご　住　所

　ご　芳　名

ご担当者名

(TEL)

　　（E-mail）

振込先 ：ザイ）ニホンシツメイヨボウキョウカイ

郵便振替 ：００１９０－１－８８１６６

銀行振込 ：三菱UFJ銀行 本郷支店 (普) ０２７２３６２

【申込み先】

　　　公益財団法人 日本失明予防協会

〒113-0034東京都文京区湯島4-2-3湯島Sﾋﾞﾙ3F

E-mail: jnspb@shitumeiyobou.or.jp

TEL : ０３－５６１５－９５６６

FAX : ０３－５６１５－９５６７