NO.

2025年　　　月　　　日

会員申込書（法人協力会員）

認定NPO法人健康都市活動支援機構御中

※太枠内をご記入ください。E-mailアドレスをお持ちの方は、必ずご記入いただきますようお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員種別 | 法人協力会員 | |
| 年会費 | 円（　　　　　口）  （注：年会費は１口100,000円です。1口以上のお申し込みでお願いします。） | |
| フリガナ |  | |
| 名　称 |  | |
| 英　語 |  | |
| 住　所 | 〒　　　－ | |
| フリガナ |  | |
| 代表者  役職・氏名 |  | |
|  | 登 録 責 任 者 | 連 絡 窓 口 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 所属・役職 |  |  |
| 住　所 | 〒　　 － | 〒 　　－ |
| 電話  FAX  E-mail | ( )　　　　　　　－  ( )　　　　　　　－ | ( ) 　－  ( )　　　　　　　－ |
| 備　考  （事務局記入欄） |  | |

※当機構について情報発信を行う際、貴社名または貴団体名を参加企業・団体一覧に掲載する場合がございます。下記のうちどちらかを○で囲んで下さい。

・掲載可（公開） ・掲載不可（非公開）