

QoLF 後援会 会員申込書(個人)

申込日： 年 月 日

(PB 使用欄)			
フリガナ 氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 女
住所	〒		
電話番号		携帯電話	
Eメール		FAX	
フリガナ 勤務先名			
勤務先住所	〒		
電話番号		FAX	
お申込みの会員種別に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
<input type="checkbox"/> プライマリ ー会員 (個人)	入会金 50,000 円 年会費 120,000 円	お申込み	
<input type="checkbox"/> アソシエイ ト会員 (個人)	入会金 15,000 円 年会費 30,000 円	お申込み	

お振込先

みずほ銀行六本木支店 (普) 4 5 6 2 4 9 7

口座名義：一般社団法人 **Quality of Life Foundation**

QoLF 後援会 会員申込書 (法人・団体)

申込日： 年 月 日

(PB 利用欄)			
フリガナ 代表者氏名			
フリガナ 団体名			
住所	〒		
電話番号		携帯電話	
フリガナ 連絡先氏名 <small>(上記と異なる場合)</small>			
連絡先住所 <small>(上記と異なる場合)</small>	〒		
Eメール		FAX	
ご紹介者	本会をどのようにお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ (検索) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
お申込みの会員種別に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
<input type="checkbox"/> プライマリ 一会員 (団体)	入会金 100,000 円 年会費 一口 210,000 円	お申込み	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> アソシエ イト会員 (団体)	入会金 50,000 円 年会費 一口 108,000 円	お申込み	<input type="checkbox"/>

お振込先

みずほ銀行六本木支店 (普) 4 5 6 2 4 9 7

口座名義：一般社団法人 **Quality of Life Foundation**