

日本スカルプケア協会

会員入会申込書



正会員 賛助会員

お申込日 年 月 日

正会員 この協会の目的に賛同しこの協会の活動を推進する個人。
年会費 4,000円

フリガナ 氏名	生年 月日	西暦	年	月	日()才
					ご紹介者 様
フリガナ 連絡先 ご自宅	〒	都・道 府・県	市・区	丁目	番 号
ビル・マンション名					
ご自宅TEL	—	—	携帯TEL	—	—
ご自宅FAX	—	—	E-mail		
フリガナ 連絡先 会社	〒	都・道 府・県	市・区	丁目	番 号
ビル・マンション名					
会社TEL	—	—	E-mail		
会社FAX	—	—	HPアドレス		
ご職業	1. 会社役員 2. 会社員 3. 公務員 4. 自由業 5. 学生 6. 主婦 7. 他				
フリガナ 御社名	HPaddress 個人				

* 上記太枠にご記入の上、FAX・郵送にてお申込下さい。
入会金・会費のご確認後会員としての資格が発生致します。
会員申込確認後、会員証を発行させて頂きます。
お振り込み先

個人情報保護法により、会員の情報は当協会の活動
についてののみ使用致します。

日本スカルプケア協会

東京都港区南青山2-9-25 ラポール青山303
専用TEL 080-1165-8739 FAX 03-3585-6508

会員証発行	会費受領日	申込受付日
/	/	/