

事務局使用 No.	
入金日	
手続き完了	

FAX送信先：03-3380-8627
へるす出版事業部内 HBC事務局 行

一般社団法人 Healthcare BCPコンソーシアム 個人正会員 入会申込書

申込年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			
氏名			
職種			
卒業学校 (最終学歴)	(昭和・平成 _____ 年度卒)		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
性別 (該当に○)	男性	・	女性
郵便物送付先 (該当に○)	勤務先	・	自宅
勤務先	所属機関：		
	所属部署：		
	〒 _____		
	所在地：		
	TEL：	FAX：	
自宅	〒 _____		
	住所：		
	TEL：	FAX：	
E-mail			
入会の理由			
通信欄			

- 1) 本申込書に必要事項を記載のうえ本学会事務所へお送り下さい。
- 2) 金融機関の振込用紙、またはATMより、個人正会員年会費10,000円をお振込み下さい。
※振込名義人のお名前はフルネームでご入力ください。

振込先： りそな銀行 中野支店 普通口座 1828602
フリガナ： シャ)ヘルスケア ビーシーピーコンソーシアム
口座名： (社)Healthcare BCPコンソーシアム

※入金日を持って入会申込日となります。

領収証は発行いたしませんので振込票の控えをお取り置き下さい。

なお、本学会事業年度は、4月1日～翌3月31日迄です。

※入会の可否については、定款に基づき理事会承認後にご連絡いたします。

承認後は入会申込日に遡り会員登録を行います。ご希望に添えない場合は年会費は返却します。

一般社団法人Healthcare BCPコンソーシアム
(株)へるす出版事業部内
〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3
☎03-3384-8177・FAX03-3380-8627
Mail: hcbcp@herusu-shuppan.co.jp