



### 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

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)