NO.

申込日2025年　月　　日

**会員申込書（個人協力会員）**

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** | **個人協力会員　　　　　新規　　継続　（どちらかを〇で囲んでください）** |
| **年会費** | 3,000円　（　1口）  （注：年会費は１口3,000円です。1口以上のお申し込みでお願いします。） |
| **フリガナ** |  |
| **お名前**  **又は名称** |  |
| **現住所** | 〒 |
| **でんわ**  **※　E-mail** |  |
| **紹介者** |  |
| 備　考  （事務局記入欄） | 担当者（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |