

一般社団法人 民間救命士統括体制認定機構 (PMO)

正会員 入会申込書

(事務局記入欄)

会員 No.	
入金日	

申込年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな ※1			
氏名 ※1			
職種 ※	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> 救急隊員 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
勤務先	所属機関		
	所属部署		
	所在地		
	TEL	FAX	
自宅	住所		
	TEL	FAX	
E-mail (2件まで)	E-mail① ※		
	E-mail②		
通信欄			

- 1) 本申込書に必要事項を記載のうえ本機構事務所へお送り下さい。
- 2) 下記の口座に年会費 **10,000 円**をお振込み下さい。

※必ず会員名でお振込みください。

銀行名 paypay銀行 (0033)
 支店名 ビジネス営業部 (005)
 口座種別 普通
 口座番号 1562298
 口座名 シャ)ミンカンキュウメイシトウカツタイセイニンテイキコウ

※入金日を持って入会日となります。領収証は発行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。