

一般社団法人 日本ライポライフ協会
The Japanese Society for LipoLife (JSL)

正会員申込書

FAX: 03-6709-8843 / e-mail: info@lipolife.or.jp

日本ライポライフ協会の趣旨に賛同し、下記の通り申し込みます。

施設名	貴院名：
	住所： 〒 -
	Tel： - - Fax： - -
ご担当者様	(ふりがな)
(ご連絡先) E-mail アドレス： @	
請求書	要 ・ 不要
領収書	要 ・ 不要
お振込予定日	年 月 日 (予定)
会費	会員 (入会金¥10,000 / 年会費 ¥12,000 <月 ¥1,000>) *

*お振込の際の振込手数料はご負担願います。

【会則】 会員会則につきましては、協会の HP をご覧ください。(ホームページ: <https://lipolife.or.jp>)

日本ライポライフ協会 事務局
〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-13-10
武蔵野ビル 5F, 11 号 (プラス・K 内)
Tel: 03-6709-8842 Fax:03-6709-8843
E-mail: info@lipolife.or.jp