

入会申込書

下記に記載の上、入会希望の支部（事務局）へご提出下さい。

■東京支部 事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 1-11-1
アイオス五反田駅前 7F 705 号
FAX : 03-6431-9126 / TEL : 03-6431-9196

■大阪支部 事務局

〒541-0045 大阪市中央区道修町 1-7-11 岩瀬コスファ(株)内
FAX : 06-6231-5769 / TEL : 06-6231-3459

紹介者氏名	印
社名	
紹介者氏名	印
社名	

入会希望支部	<input type="checkbox"/> 東京支部 <input type="checkbox"/> 大阪支部	入会申請する 会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> シニア会員	
フリガナ		生年月日 ※注	西 暦	年 月 日
入会者氏名	印	性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名ローマ字				
フリガナ				
所属先名称				
部署・役職名				
フリガナ				
所属先住所	〒 ー			
所属先 TEL		所属先 FAX		
E-mail address				
フリガナ				
自宅住所	〒 ー			
自宅 TEL		自宅 FAX		
勤務先の業種	<input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 香料 <input type="checkbox"/> 原料 <input type="checkbox"/> 容器 <input type="checkbox"/> 機器&装置 <input type="checkbox"/> 試験受託 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現職の職種	<input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 企画 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 薬事 <input type="checkbox"/> 特許 <input type="checkbox"/> 研究管理 <input type="checkbox"/> 広報宣伝 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他 () ※経験年数 (年)			
郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 所属企業 / <input type="checkbox"/> 自宅			
入会について	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 社内追加 <input type="checkbox"/> 社内交代 (前会員氏名:) <input type="checkbox"/> 再入会・その他			

(※注) 準会員として入会を希望される方は、会員資格(年齢制限)の確認の為、生年月日を必ずご記入下さい。
郵送物の送付先を勤務先以外に指定される場合は、自宅を選択して送付先記入欄に必ずご記入下さい。
お預かりした個人情報は、次の目的(・郵送によるご連絡・メール配信・会員データ)のみに利用いたします。

《事務局記載欄》

受付:	年 月 日	承認:	年 月 日	年会費請求額	¥
備考:					