

NPO法人 日本臨床食物機能研究会 入会申込書フォーム

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員（3,000円／年） <input type="checkbox"/> 賛助会員（30,000円／年） <input type="checkbox"/> 学生会員（無料・学生証のコピーを添付してください）
氏名（代表者）	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先	<input type="text"/>
勤務先住所	<input type="text"/>
所属先名	<input type="text"/>
役職・職位	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
F A X 番号	<input type="text"/>
E - メールアドレス	<input type="text"/>
ご自宅住所	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
F A X 番号	<input type="text"/>
E - メールアドレス	<input type="text"/>
資料送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅（どちらかに印を付けてください）
ご紹介者様	<input type="text"/>

●賛助会員にお申し込みの場合は、生年月日欄に設立年（月日）をご記入下さい。

※お預かりした個人情報は、本会の登録・連絡・資料送付その他あらかじめ明示した目的の範囲内で利用いたします。

※お預かりした個人情報を第三者に提供することはいたしません。ただし、次の場合は除きます。

- ご本人の同意がある場合
- 裁判所の発する礼状その他裁判所の決定、命令又は法令に基づき開示する場合
- 検察・警察・監督官庁からの適法な手段により情報の照会があった場合

※本会は法に基づき、会員から保有個人データの開示・変更・削除・利用目的の通知等の請求があったとき、法の定める手続きに従い請求に応じます。ご依頼は事務局までお申し出下さい。