

医食同源研究会入会申し込み書

年 月 日

ご所属 _____

ご役職 _____

ふりがな

ご氏名 _____



ご連絡先

郵便番号 _____ - _____

住所 _____

電話番号 _____

Fax番号 _____

携帯電話番号 _____

Email Address _____

上記御記入の上、FAX または御郵送ください。

※ご提示いただいた個人情報は本会の運営以外に使用することはありません。

医食同源研究会

幹事長

鷲野憲之

〒513-0801 三重県鈴鹿市神戸 9 - 14 - 3

三重国際センタービル 3F

電話 059-382-1001

FAX 059-384-1680

携帯電話 090-6469-4963

E mail info@ishoku.org