

賠償保障のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

弊社取扱いの賠償保障のご案内を送らせていただきます。この保障は、治療中に起きた事項全般の保障となっております。是非ご加入を検討していただきますようお願い申し上げます。

【会費】

特定非営利活動法人日本自然医療協議会

- 個人賛助会員 入会費 3,000 円 + 年会費 3,000 円 合計 6,000 円
- 個人賛助会員（賠償補償付） 入会費 3,000 円 + 年会費 21,000 円 合計 24,000 円

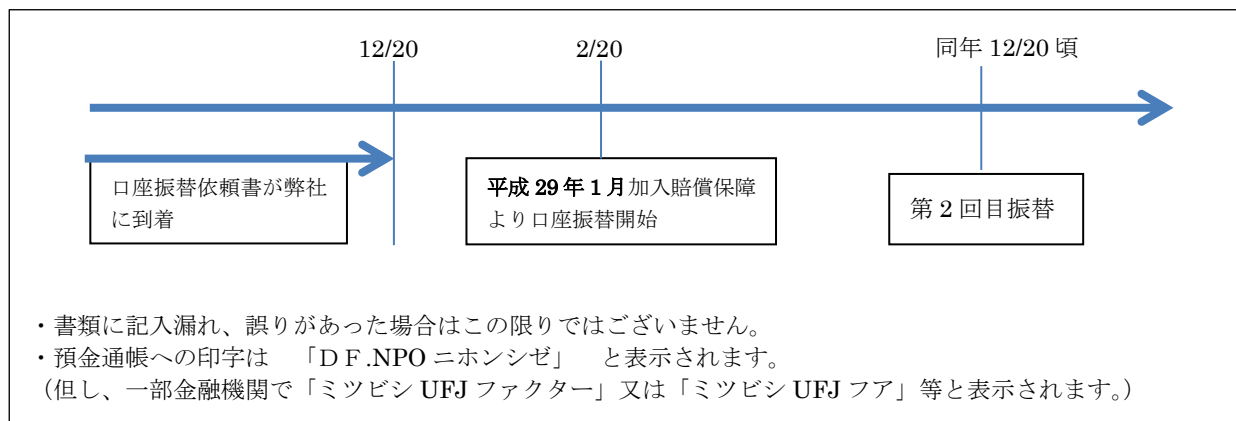
【手続の方法】

お支払方法は預金口座振替のみになります。

手技業務者賠償責任補償の加入を希望される方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」と「入会申込書」にご記入、ご捺印の上、弊社まで原本を郵送にてお送りください。FAX での受付は行っておりません。

敬具

<口座振替開始までの流れの例>1月加入の場合



<お願い>

銀行口座のご変更等の場合は、至急ご連絡下さい。

【本件に関するお問合せ先】

ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

NPO 法人日本自然医療協議会 03-3569-0332

◆ご郵送して頂きたいもの

- ・預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 1 枚
- ・入会申込書 1 枚

【ご郵送先】

〒104-8790
東京都中央区銀座 6-6-1
NPO 法人日本自然医療協議会
入会係 宛

特定非営利活動法人日本自然医療協議会（NPO） 理事長 殿

特定非営利活動法人日本自然医療協議会（NPO） 理事会 御中

入会申込書

特定非営利活動法人日本自然医療協議会・会員規約及び長命研究会・会則を遵守し、両会の普及と活動に積極的に参加することを誓約いたします。

ふりがな	
氏名	
自宅住所	〒 ー
ふりがな	
サロン名	
サロン住所	〒 ー (最寄駅：) 問合のあった方に、サロン住所（市区町村まで）をお伝えすることに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
電話番号	自宅： ー ー 携帯： ー ー サロン： ー ー 問合のあった方に、サロン電話番号をお伝えすることに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
メールアドレス	@
生年月日 性別	T・S・H 年 月 日（ 才） <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

【事務局記入欄】

特定非営利活動法人日本自然医療協議会

個人賛助会員

個人賛助会員（賠償補償付）