



会員募集のご案内

エビデンスベーストヘルスケア協議会は、科学的な根拠に基づく予防医療の確立と定着を目指し、集学的立場から健康のなかの確かを追求していきます。その成果は客観的なデータとしてまとめ、予防医療の根幹となる保健指導に生かすほか、ネット環境やイベント・出版事業を通してヘルスプロモーションに努めます。本協議会の目的に賛同していただき、ご協力して下さる方々を広く募集しております。ご協力のほどお願い申し上げます。

1) 入会申込書をご送付ください

会員種別を選び、必要事項を記入のうえ、事務局まで郵送またはFAXにてご送付ください。

■会員資格：

当協議会の目的に賛同し入会した個人、企業、団体

(1) 法人会員：年会費 1口3万円×3口以上

(2) 個人会員：年会費 1口3万円×1口以上

2) 事務局承認を経て、ご連絡いたします。

3) 年会費をお振り込みください。

下記の口座までお振り込みください。請求書・領収書が必要な場合は、ご連絡ください。
(振込手数料は別途ご負担願います。)

■ 振込先

三菱UFJ銀行 京都中央支店 (店番 501)

普通口座 No. 0014411

口座名義 特定非営利活動法人 エビデンスベーストヘルスケア協議会

4) 事務局から手続き完了のお知らせをお返しいたします。

■お問い合わせ先

エビデンスベーストヘルスケア協議会 事務局 〒107-0052 東京都港区赤坂 2-20-10

TEL: 03-3586-0636 / FAX: 03-6230-2358 / Mail: ebh@ebh.or.jp / HP: <https://ebh.or.jp/>

会員入会申込書

年 月 日

特定非営利活動法人

エビデンスベーストヘルスケア協議会 宛

エビデンスベーストヘルスケア協議会に入会いたしたく、下記のとおり申したいします。

申込会員種別	<input type="checkbox"/> 法人会員	<input type="checkbox"/> 個人会員
--------	-------------------------------	-------------------------------

申込み口数	口	万円
-------	---	----

名称					
代表者	役職		氏名	印	
	住所	〒			
連絡責任者	役職		氏名	印	
	住所	〒			
	TEL.		FAX.		
	メールアドレス				
	ホームページURL				
団体概要	設立年月日		年	月	日
	会員数(従業員数)				
	事業概要 (注参照)				

注 会社組織の場合は、会社概要、パンフレット等を、団体の場合は団体の定款、規約または寄付行為、およびパンフレット等を同封していただければ、事業概要欄の記入は不要です。

※必要な場合、チェックしてください。	
・請求書	<input type="checkbox"/> 要
・領収書	<input type="checkbox"/> 要

事務局使用欄		
受理	月	日
審査	月	日
通知	月	日