

FAXまたは郵送にてこの用紙をお送りください

NO.

大阪スローフード協会御中

FAX 06-6365-8719

入 会 申 込 書

申込日 年 月 日()

下記のとおり大阪スローフード協会会員の入会を申し込みます

必ず日本語と英語の両方でご記入ください

ふりがな

氏 名 _____

性 別 SEX (男Male ・ 女Female)

NAME / _____

年 齢 AGE _____ 歳

ふりがな

会 社 名 _____

ふりがな

役 職 _____

COMPANY / _____

PROFESSION / _____

〒 -

ふりがな

住 所 _____

ADDRESS / _____

T E L () _____

F A X () _____

E - mail _____

携帯電話 _____

<ご自宅ご住所をご記入ください>

〒 -

ふりがな

住 所 _____

ADDRESS / _____

T E L () _____

F A X () _____

E - mail _____

ご署名

印

(Signature) _____

ご署名のないものは受理されません

大阪スローフード協会 事務局 〒530-0047 大阪市北区西天満 5-14-7 和光ビル 8F

T E L 06-6365-8631 F A X 06-6365-8719

振込先

三菱東京UFJ銀行 梅田新道支店

普通 預金 口座番号 4530574

口 座 名 大阪スローフード協会