



NPO 法人 Osaka Sleep Health Network 入会申込書

記入日 平成 年 月 日

| | |
|---|-----------------------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 (団体の場合は 連絡先となる代表者名) | |
| 団体名 (団体賛助会員のみ記入) | |
| 会員種別 (該当箇所に 印) | 正会員 賛助会員(個人) 賛助会員(団体) スリープ・アソシエイツ |
| 職業・職種 | |
| 自宅連絡先 (団体賛助会員は 不要) | 〒 |
| | 住所: |
| | TEL: FAX: |
| | e-mail: |
| 勤務先 (団体賛助会員は 団体所在地と連絡先と なる方の e-mail address) | 名称: |
| | 〒 |
| | 住所: |
| | TEL: FAX: e-mail: |
| 郵便物と e-mail の送り先 (該当箇所に 印) | 自宅 勤務先(団体所在地) |
| 現在どのような形で睡眠や睡眠関連疾患にかかわっておられるか、ご記入ください。 | |
| 入会の動機や OSHNet に希望することなどお書き下さい。 | |
| OSHNet をどこでお知りになりましたか？ 該当する項目に をつけて下さい(複数選択可) 1. 学会などで案内リーフレットを見て 2. 知人から聞いて 3. 職場で聞いて 4. ホームページを見て 5. その他() | |

郵送先:
〒553-0003 大阪市福島区福島 2-1-7
関西電力病院 神経内科・睡眠関連疾患センター内
NPO 法人 大阪スリープヘルスネットワーク理事長 立花 直子