



iHope賛助会員 入会申込書 (学生・個人会員用)

ご記入日 年 月 日

認定NPO法人健康医療評価研究機構理事長 行

iHopeの理念および事業の趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

フリガナ			
氏名	印		
住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
推薦者	所属: 氏名:		
iHope担当者からの紹介	iHope担当者からの紹介の有無 (有り ・ 無し) 有りの場合 iHope担当者氏名:		
<p>賛助会費は、後日別途納入いたします。</p> <p>賛助会費 ____ 口分 (1年 ・ 3年 / いずれかに を付けてください。)</p> <p>(申込会員種別: 医師 ・ 医師以外 ・ 学生 / いずれかに を付けてください。)</p>			

iHope News letter の配信について	
iHopeでは、研究や教育活動の成果を多くの研究者や保健医療実践者と共有し、社会全体に分かりやすく伝えていく事を目的として、3ヶ月に1回のペースでニュースレターを配信しています。本ニュースレターの配信を希望されるメールアドレスをご記入ください。(複数可)	
1	4
2	5
3	6

- ・ 入会申込書でご提供いただいた個人情報は、当機構の個人情報保護方針 (<http://www.i-hope.jp/privacy/index.html>)に基づき、厳重に管理いたします。
- ・ 個人情報は、ご同意なく第三者に開示、提供、預託することはありません。
- ・ ご不明な点はiHope事務局までご相談ください。
認定NPO法人 健康医療評価研究機構 iHopeInternational
事務局 (担当: 大木・小西)
〒604-0847 京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町513京都第一生命泉屋ビル7階
TEL:075-211-5656 FAX:075-211-4762 E-mail:jimukyoku@i-hope.jp



iHope賛助会員 入会申込書 (法人会員用)

ご記入日 年 月 日

認定NPO法人健康医療評価研究機構理事長 行

iHopeの理念および事業の趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

フリガナ	
団体名	
フリガナ	
代表者名	印
iHope担当者 からの紹介	iHope担当者からの紹介の有無 (有り ・ 無し) 有りの場合 iHope担当者氏名:
賛助会費は、後日別途納入いたします。	
賛助会費 ____ 口分 (1年 ・ 3年 / いずれかに を付けてください。)	
申込会員種別: 診療所 ・ 病院 ・ 企業 ・ その他の法人 / いずれかに を付けてください。	

連絡先住所	〒		
フリガナ			
担当者名			
TEL		FAX	
E-mail			

iHope News letter の配信について	
iHopeでは、研究や教育活動の成果を多くの研究者や保健医療実践者と共有し、社会全体に分かりやすく伝えていく事を目的として、3ヶ月に1回のペースでニューズレターを配信しています。本ニューズレターの配信を希望されるメールアドレスをご記入ください。(複数可)	
1	4
2	5
3	6

- ・ 入会申込書でご提供いただいた個人情報は、当機構の個人情報保護方針 (<http://www.i-hope.jp/privacy/index.html>)に基づき、厳重に管理いたします。
- ・ 個人情報は、ご同意なく第三者に開示、提供、預託することはありません。
- ・ ご不明な点はiHope事務局までご相談ください。

認定NPO法人 健康医療評価研究機構 iHopeInternational
事務局 (担当: 大木・小西)

〒604-0847 京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町513京都第一生命泉屋ビル7階
TEL:075-211-5656 FAX:075-211-4762 E-mail:jimukyoku@i-hope.jp