**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：

〒541-0044 大阪市中央区伏見町2-6-4吉田一閑ビル3F

(株)アイムスタイル内

NPO法人　大阪スリープヘルスネットワーク事務局