



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