



Medical REIKI Integrative Medicine

一般社団法人 メディカルレイキ統合医療学会

入会申込書

年 月 日

会員種別

正会員 入会金:5,000 円

賛助会員 入会金:10,000 円 年会費(一口):100,000 円 申込み数()口

ふりがな

お名前

住所 〒

TEL

FAX

携帯電話

E-mail

過去にレイキの受講を受けた方は、受講したレイキの流派、現状のレベルをご記入ください。

過去に受講したレイキの流派 受講したことはない 現代霊気 直伝霊気 その他()

過去に受講したレイキのレベル 1st 2nd 3rd ティーチャー その他()

メディカルレイキ・ティーチャーの名前

※ご記入いただいた個人情報は、一般社団法人 メディカルレイキ統合医療学会が適切に管理し、承認なく第三者に開示・提供はいたしません。

お申し込み・お問い合わせ：FAX または、メールにて受付いたします。

▶FAX でのお申し込み:この用紙に必要事項をご記入の上、お申し込みください。

▶メールでのお申し込み:「メディカルレイキ統合医療学会・入会申込み」と明記の上、会員種別、お名前(ふりがな)、住所(郵便番号)、TEL、FAX、携帯電話、メールアドレス、をメールにて送信ください。

Fax:03-3470-7080 Mail:info@medical-reiki.net

▶振込先

みずほ銀行 外苑前支店(319)

普通 1680471

一般社団法人

メディカルレイキ統合医療学会

〒150-0001東京都渋谷区神宮前2-14-11

Fax: 03-3470-7080

入会金のお支払いに関して

▶左記の振込指定口座にお振込みいただくか、当学会事務局へ直接お支払いください。
ご入金を確認でき次第、会員手続をおこない、会員証を発行いたします。

※学会事務局記入欄

NO.