

一般財団法人 日本実演芸術福祉財団 入会申込書

申込日年 月 日

入会の同意（必須）	☐ 貴財団の目的に賛同し、会員規約を確認したうえで、入会申込をいたします。
-----------	--

※ご確認のうえ、チェックを入れてください。

入会希望年月日（任意）	年 月 日	※ご希望のない場合は事務局での手続き完了日が入会日となります。
会員の種類（必須）	☐ 特別賛助会員（法人・団体等の組織）	年額 1 口 10,000円を10口以上
	☐ 賛助会員（法人・団体等の組織）	年額 1 口 10,000円 5 口以上
	☐ 賛助会員（個人）	年額 1 口 10,000円を 1 口以上
年会費申込口数（必須）	口 円	※提示の口数以上を何口でもご自由に設定いただけます。年度ごとに変更することも可能です。

【法人・団体等の組織のお申し込みの方】

法人・団体名（必須）			
代表者名（必須）			
担当者部署名（任意）			
ご担当者名（必須）		(ふりがな)	

【個人のお申し込みの方】

お名前（必須）		(ふりがな)	
---------	--	--------	--

【共通】

ご住所（必須）	〒 ー		
電話番号（固定番号か携帯番号いずれか必須）		携帯番号	
メールアドレス（必須）			
業種・ジャンルなど（任意）	例）業種：サービス業、観光業、印刷業、製造業など／ジャンル：演劇、音楽、舞踊、演芸、映画、映像など		
WebサイトURL（任意）			
財団Webサイトおよび広報物へのお名前の掲載（必須）	☐ 希望する ☐ 希望しない ※「会員一覧」としてお名前（法人・団体名）を掲載させていただきます。		
会費の請求書（必須）	☐ 希望する ☐ 希望しない		
会費の領収書（必須）	☐ 希望する ☐ 希望しない ※請求書・領収書ともに、PDFでのメール発送となります。		

反社との関わりがないことの誓約（必須）	☐ 暴力団、暴力団関係者、暴力団関係企業、総会屋またはこれらに準ずる団体（反社会的勢力）及びその関係者との関係を持っておらず、将来においても一切持たないことを確約いたします。
---------------------	--

※ご確認のうえ、チェックを入れてください。

<通信欄>連絡事項がございましたら本欄にご記入ください。

【ご提出・お問い合わせ先】



日本実演芸術福祉財団
Japan Performing Arts Welfare Foundation

住所：〒163-1466 東京都新宿区西新宿3-20-2 東京オペラシティタワー11階
TEL：03-6258-2800 FAX：03-6258-2801 URL：https://jpawf.or.jp/



財団使用欄	受付		団体番号	
-------	----	--	------	--