



HISLEA

Hawaii Senior Life Enrichment Association
ハワイシニアライフ協会入会申込書(法人)
Corporate Membership Application Form

*このフォームは PC による入力可能な PDF ファイルを使用しています。必要事項を入力 印刷して FAX またはご郵送ください。
http://hawaii-seniorlife.org/pdf_word/CorporateForm082410.pdf

<input type="checkbox"/> を選択してください (Please check one)	<input type="checkbox"/> 法人一般会員 Corporate General Member \$500 (年会費 Annual Dues)	<input type="checkbox"/> 法人協力会員 Corporate Supporting Member \$1,000 (年会費 Annual Dues)	<input type="checkbox"/> 法人寄付会員 Corporate Patronage Member \$2,000 (3 年間 for 3 years)
法人名(日本語) Organization Name			
法人名(英語) In English			
住所 Address			郵便番号 ZIP
代表電話/Phone	ウェブサイト/URL		
代表者 (1) Representative	お名前 Name	ローマ字 In English	
<input type="checkbox"/> ご担当者 Primary Contact	電話 Phone	携帯 Cellular	FAX
	Eメール E-mail		
代表者 (2) Representative	お名前 Name	ローマ字 In English	
<input type="checkbox"/> ご担当者 Primary Contact	電話 Phone	携帯 Cellular	FAX
	Eメール E-mail		

- 手書きの場合は大きく明瞭にご記入ください。特に E メールはお間違えのないようご注意ください。
Please write down all information clearly.
- ご代表者が 2 名いる場合は、どちらがご担当者になるかチェックを入れてください。
Please check the primary contact for HISLEA.

上記の通り、入会を申し込みます。 I hereby apply for the above membership.

ご署名 (Signature) : _____ 印 日付(Date) : _____

会費及び寄付金は、米国で非課税となります。 Dues & Contribution are tax deductible. 501(C) (3) ID#39-2057525
入会は、理事会の審査、承認によります。 Membership is subject to Board of Director's approval.

協会記入欄：

申込受付日 _____ 承認日 _____

承認者署名 _____ 承認者署名 _____

お支払い金額の内容：

(1) メンバーシップ会費	Membership Dues	\$ _____
(2) 寄付金額	Voluntary Contribution	\$ _____
合計計額 (1 + 2)	Total Amount	\$ _____

該当するお支払方法 () をチェックしてください。 Please check the applicable.

小切手又は Money Order でお支払い Pay by check or Money Order:

宛先(Payable to): **HISLEA**

送付先(Send to): HISLEA

PO Box 25355, Honolulu, HI 96825-0355

(HISLEA は Hawaii Senior Life Enrichment Association の略称です)

クレジットカードでお支払い：Pay by charge card.

下記ご記入の上、上記送付先まで郵送するか、1(808)396-1140 まで FAX にてお送りください。
クレジットカード情報は、安全のためEメールでは送らないでください。

For security reason, don't send your card information by e-mail.

<input type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> American Express
カード記載名	Name on Card	_____	
カード番号	Card Number	_____	
有効期限	Expire (mm/yy)	_____月/_____年	
セキュリティコード	CVC/CVV Code	_____	

*数字は大きめに明瞭にお書きください。

*セキュリティコードとは、Master、VISA、JCB カードの場合は裏面証明欄の右端に印刷されている 3 桁の数字
American Express の場合は表面カード番号の右上にある 4 桁の数字です。