年　　　　月　　　日

**日本ライフスタイル医学会ご寄付のお願い**

拝啓　　非感染性疾患（Non-Communicable Disease、以下NCD）は、がん、脳卒中、心臓病、高血圧、COPD、うつ病などの生活習慣病の増加という形で顕在化し、我が国のみならず世界的に深刻な問題となっています。私共は、この度Lifestyle Medicine（LM）のスキルを活用し、日本で活躍できる専門家を養成すること、多職種が連携するチーム医療に各専門家が安全で効果的なLMを発展させ、学際的・学術的研究を推進し、その実践と教育活動を通して国民の福祉に貢献することを目的に日本ライフスタイル医学会Japanese Society of Lifestyle Medicine（JSLM）を設立しました。ご寄付をいただいた企業・団体様は企業・団体会員として認められ、年会費一口50,000円にて当会のメンバーシップが授与されます。会員企業・団体様は、企業・団体向けの会議に於いて、日本のライフスタイル医学に助言することができます。

是非ともこの活動をご理解ご賛同の上、JSLMの発展にお力添えいただけますよう ご協力をお願いいたします。

敬具

日本ライフスタイル医学会

代表　白濱　龍太郎

【申込み方法】

企業会員申込書（Word入力もしくは手書きでPDF取り込み）を事務局までメールしていただいた上、下記の口座までお振り込み下さい。

【申込先】 E-mail: office@lifestylemedicinejapan.org

【振込先】

西京信用金庫 池袋支店(店番号003) 普通　口座番号3131331

口座名義：日本ライフスタイル医学会

＊理事会の審査がございますので、あらかじめご了承願います。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※会員No. |  |  |  |  |  |  |

**企業・団体会員申込書（寄付金）**

　私（弊社もしくは当団体）は、　日本ライフスタイル医学会Japanese Society of Lifestyle Medicine（JSLM）の企業・団体会員として下記の通り寄付金を申込いたします。

**情報公開への同意**

　本学会における貴社（もしくは貴団体）からの拠出金額について、企業活動と医療機関との関係の透明性を確保するため、本学会の定める指針に従い、ウェブサイトなどを通じた情報公開に同意します。（公開する情報：学会の名称、寄付企業社名、寄付費用など）

以上

**申込日および同意した日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

**会社（団体）名：**

**代表者氏名：**

**担当者氏名：**

**連絡先住所：〒**

**TEL: 　 　 　　 FAX:**

**E-mail：**

**会社（団体）の個人会員名・会員番号：**

**（貴社・貴団体で既に当学会の会員の方をご記入ください。）**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.**

**寄付 50,000円×（　　　　　　　）口　　合計金額：　　　　　　　　　　　円**

**問い合わせ先：日本ライフスタイル医学会**

**E-mail:** office@lifestylemedicinejapan.org