

NPO 法人大田区介護支援専門員連絡会

入会申込書



年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員（個人）介護支援専門員資格保有者 <input type="checkbox"/> 賛助会員（個人）当会の目的に賛同し、賛助の意思を持つ個人 <input type="checkbox"/> 賛助会員（法人）当会の目的に賛同し、賛助の意思を持つ企業・団体
フリガナ	
お名前	
事業所	
連絡先	〒 TEL () FAX ()
備考	

入会をご希望いただき有難うございます

FAX またはメールでお送りください

お申込み後、担当より会費の払込票をお送りさせていただきます

FAX 03-5755-3278

E-mail info@npo-cm.jp