NPO 法人大田区介護支援専門員連絡会

入 会 申 込 書

申込日　　年　　月　　日

会員種別	☑正 会 員（個人）介護支援専門員資格保有者 ☐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 ☐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	
事業所 連絡先	〒 TEL　　（　　）　　FAX　　（　　） E-mail
送付先	☐ 自宅宛てに送付希望 基本的には事業所宛にお送りさせていただきますが、ご自宅ご希望の方は下記欄にご住所等を記載してください。FAX は事業所宛に配信させていただきます。
ご自宅 連絡先	〒 TEL　　（　　） E-mail
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