

個人会員 入会申込書

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 御中

一般社団法人 全国デイ・ケア協会への入会を申込いたします。

申込日 年 月 日

入会者情報	フリガナ			
	氏 名	⑩		
	職 種		役 職	
勤務先情報	フリガナ			
	法人名			
	フリガナ			
	施設名			
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	住 所	〒 _____		
	TEL		FAX	
自宅情報	住 所	〒 _____		
	TEL			
	E-Mail・必須	@		
その他	郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 *どちらかに✓をつけてください。		
	会員登録住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 *どちらかに✓をつけてください。		
	入金方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード		

事務局使用欄	
会員番号	