

特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会
入 会 申 込 書

平成 年 月 日

印

お名前: _____

フリガナ: _____

所属機関名: _____

所属部署: _____

郵便番号: _____

ご住所: _____

TEL: _____

FAX: _____

E-mailアドレス: _____

職種: _____

(例: ケアマネージャー、介護福祉士、看護師、医師など)

会員の種類(ご希望の種類をチェックしてください)

- | | |
|----------|-------------------|
| 正会員(個人) | 年会費 1,000円 / 1口 |
| 正会員(団体) | 年会費 50,000円 / 1口 |
| 正会員(法人) | 年会費 100,000円 / 1口 |
| 賛助会員(個人) | 年会費 5,000円 / 1口 |
| 賛助会員(団体) | 年会費 30,000円 / 1口 |
| 賛助会員(法人) | 年会費 50,000円 / 1口 |