

NPO法人 福岡排泄改善委員会 入会申込書

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 3,000円／1口

_____ □

賛助会員（個人） 年会費 5,000円／1口

_____ □