

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

_____ ☐