《FAX番号　０２７－２５５－６１７３》

一般社団法人群馬県介護支援専門員協会入会申込書（賛助会員用）

（□新規・□変更）

申込日：　　年　　月　　日

**私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | TEL：  FAX： |
| メール  アドレス | ＠ |
| 年会費  口数 | 【　　　　　　口　】　　※一口：5,000円 |
| 代表者役職  氏名 |  |
| ご担当者  氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 |
| その他  変更事項等 |  |

（注）

●正確な会員情報管理を行う為、変更事項等がございましたら、その旨をご記入の上、本用紙ご活用頂き事務局宛にFAX若しくは郵送若しくはメールに添付しご送付下さい。

※当協会に提出いただいた個人情報について、当協会事業のみに使用し、適切に個人情報を取扱うとともに、目的外利用はいたしません。

**【一般社団法人群馬県介護支援専門員協会】**