

# 入会申込書

## (賛助会員用)

申込年月日 年 月 日

一般社団法人  
沖縄県介護支援専門員協会 行  
(FAX: 098-887-4834)

私は、貴協会の目的に賛同し、賛助会員として、入会を申し込みます。

個人で申し込み

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日	
現住所	〒 ー	
TEL (自宅・携帯)	【必須】	
E-mail	【必須】	
勤務先名称		
勤務先住所	〒 ー	
勤務先 TEL		

事業所・施設および関係機関で申し込み

機関名称			
代表者名		事務連絡担当者	
現住所	〒 ー		
TEL	【必須】		
E-mail	【必須】		

※事務局確認欄

FAX	発送	入金	口振	完了

【お問合せ先】 一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会 TEL : 098-887-4833