|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式１紹介者氏名滋賀県介護福祉士会記録欄**賛助会員入会申込書**一般社団法人　滋賀県介護福祉士会会長 殿一般社団法人　滋賀県介護福祉士会　賛助会員に入会を申し込みます｡令和　　 年 月 日（ふりがな）法人・会社・事業所名（ふりがな）　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）申込者氏名 |  | いずれかにレ印 | □法人賛助会員□一般企業賛助会員 |
| 令和　　年　　月　　日現在 |
| 法人賛助会員 | 介護関係職種の職員数　　　　　　人（非正規雇用も含む） |
| 一般企業賛助会員 | 職員数　　　　　　　　　　　　　人（非正規雇用も含む） |
| 賛助会費　　　　　　　　　　　　円（年間） |
| ※規程変更に伴い、令和6年度の会費につきましては、令和6年9月までに入会の場合は月割計算、令和6年10月以降の入会の場合は年会費の半額とします。（入会申込後、別途ご案内いたします） |
| 所在地（送付物郵送先） | 〒 |
|  | TEL：　　　　－　　　　　－　　　　　FAX：　　　　－　　　　　－　　　　 |
| ホームページのURL（※滋賀県介護福祉士会HPに掲載いたします） |
| E-Mailアドレス |
| （ふりがな）窓口担当者氏名 |  |

※職員数により、年会費を設定いたします。規程変更により、事業所ごとの入会も可能となりました。 |