

様式 1

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

紹介者氏名
滋賀県介護福祉士会 記録欄

(ふ り が な) 申込者氏名		いずれかに し印	☐ 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)			
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。

※事業所ごとの入会も可能となりました。