

特定非営利活動法人日本介護予防協会 会員申込書

特定非営利活動法人日本介護予防協会の社会的使命と活動目的に賛同し、会員として協力いたしたく、会員になることを申し込みます。

申込日 西暦 年 月 日

会員種別 <small>*□のいずれかにチェック(✓)を入れて下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 個人会員新規 <入会金1,000円、年会費1,200円(月額100円、1年未満は月割り)> <small>(会員の更新は、毎年6月末となります) *有効期限 どちらかを選択</small> <input type="checkbox"/> 1年 (2020年6月末迄) _____ 円 <input type="checkbox"/> 2年 (2021年6月末迄) _____ 円
	<input type="checkbox"/> 個人会員継続 <入会金不要、年会費1,200円(月額100円、1年未満は月割り)> <small>(会員の更新は、毎年6月末となります) *有効期限 どちらかを選択</small> <input type="checkbox"/> 1年 (2020年6月末迄) 1,200円 <input type="checkbox"/> 2年 (2021年6月末迄) 2,400円
	<input type="checkbox"/> 正会員(個人) <入会金 10,000円、年会費 10,000円/年、20,000円/2年(どちらかを○で囲む)>
	<input type="checkbox"/> 団体会員 <入会金 10,000円、年会費 10,000円/年、20,000円/2年(どちらかを○で囲む)>
	<input type="checkbox"/> 賛助会員(個人・法人・団体) <入会金なし、年会費1口 20,000円>

会員番号	No. _____	<small>※事務局 記入欄</small>		
ふりがな	姓) _____	名) _____	性別	生年月日
氏名			男・女	西暦 年 月 日
ふりがな	〒(_____) _____			
自宅住所	都道府県			
	建物名(マンション・アパート等) 部屋番号まで記入してください。			
TEL	(_____)	FAX	(_____)	
携帯電話	(_____)	Eメール	@ _____	

*継続の方に関しましては、以下の項目について変更がある場合のみご記入ください。

ふりがな		部署名	役職
所属先名			
ふりがな	〒(_____) _____		
所属先住所	都道府県		
	建物名(ビル名等)、階数、 部屋番号まで記入してください。		
TEL	(_____)	FAX	(_____)

あなたが あてはまるものを チェックして ください。	既得資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師(准看含む) <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入下さい) (_____)	お振り込み先	銀行の場合 三菱UFJ銀行 高田馬場支店普通口座 2005386 特定非営利活動法人 日本介護予防協会 郵便局の場合 口座番号00180-6-355262 特定非営利活動法人 日本介護予防協会
-------------------------------------	------	--	--------	--

希望する会報送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先他	<small>希望する方にチェックしてください。</small>
-----------	---	----------------------------------

<すべての項目を漏れのないようにご記入ください>

個人情報の取り扱いについて
 この申込書にて申し込みをされた方の個人情報は、特定非営利活動法人日本介護予防協会(以下「協会」)からの会報の送付その他の連絡業務等、協会の目的に必要な範囲で、その目的の達成に必要な限度に応じて使用いたします。