高知県介護福祉士会　賛助会員入会申込書

令和　　年　　月　　日

高知県介護福祉士会会長　様

高知県介護福祉士会の賛助会員として申込みいたします。

ふりがな 氏名			印
生年 月日	昭和・平成　　年　　月　　日生	性別	男　・　女
自宅 住所	〒 （アパート名、マンション名、部屋番号までご記入ください。）		
自宅 電話	―　　―	自宅 FAX	―　　―
資格等	※現在お持ちの資格がある場合には〇を記入ください。 看護師・准看護師・社会福祉士・精神保健福祉士・ヘルパー（　　）級 その他【　　】		
勤務先			
勤務先 住所	〒		
勤務先 電話	―　　―	勤務先 FAX	―　　―
郵便物の送付先	自宅　・　勤務先　（いずれかに〇を記入ください。）		

【注意事項】

※賛助会員の入会にあたっては、年会費 3,000 円を添えてお申し込みください。なお、年会費を銀行振込等でお振込みの場合は、下記の口座にお振り込みいただき、振込用紙の控え（コピー可）を添えてお申し込みください。

四国銀行県庁支店　普通　№０２８７０７７
ｺｳﾁｹﾝｶｲｺﾞﾌｸｼｼｶｲ　ｶｲﾁｮｳ　ﾄﾞｲ　ｻｵﾘ
高知県介護福祉士会　会長　土居　沙織

※申込書により知り得た個人情報は会員管理及び研修会等の案内にのみ使用します。