

参加登録申込書

【NPO 法人介護人材キャリア開発機構事務局】宛
FAX 番号 075-612-2666

【協力施設】

当施設は、NPO 法人介護人材キャリア開発機構の趣旨に賛同し協力施設として参加登録します。			
種別	協力施設 30,000 円		
都道府県		フリガナ	
		法人名	
フリガナ		フリガナ	
施設名		施設長名	
ご住所	〒 ー ※郵便番号・住所は正しく必ずご記入ください。		
	TEL:	FAX:	
メールアドレス	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> ※ 急ぎの情報については、Eメールにて連絡を差し上げる場合がありますので、ご記入をお願いいたします。		

【賛助会員】

NPO 法人介護人材キャリア開発機構の趣旨に賛同し、賛助会員に申し込みます。			
会員種別 (口数)	<input type="checkbox"/> 賛助会員(個人):1 口 3000 円 ()口 <input type="checkbox"/> 賛助会員(団体):1 口 10000 円 ()口		
フリガナ			
団体名			
フリガナ			
ご氏名	役職:		
ご住所	〒 ー ※郵便番号・住所は正しく必ずご記入ください。		
	TEL:	FAX:	
	メールアドレス:		

送信日：平成 年 月 日

送信者：_____