

## 自立支援型ケアマネジメント研究会 入会申込書

申込日： 年 月 日

私は自立支援型ケアマネジメント研究会の規約に同意し、自立支援型ケアマネジメント研究会の会員になることを申込みいたします。

<b>氏名(必須)</b>	フリガナ	
<b>住所(必須)</b>	〒      ー	
<b>TEL(必須)</b>	(                      ) ※日中連絡がとれる番号	
<b>メール(必須)</b>	( 会社 ・ 個人 )	
<b>所属先</b>	<b>所属先名(必須)</b>	
	<b>資格(必須)</b>	
	<b>住所</b>	〒      ー
	<b>TEL</b>	(                      )
	<b>FAX</b>	(                      )

◆入会ご希望の方は、申込書に必要事項をご記入のうえ、当事務局まで FAXまたはメールでお申込みいただき、会費をお振込みくださいますようお願いいたします。

次年度以降は自動更新になり、会費支払いをもって継続会員になります。

◆FAX：048-468-3770

◆メール：info@jiritu-care.com

**【振込先】**    カワグチシヨウキンコ ワコウ    マツイ    サキコ  
 川口信用金庫    和光支店    普通    1135602    松井    咲子

以下、事務局記入欄

受理日	
振込確認日	

↑ FAX送付先 事務局 :048-468-3770 ↑