

大阪介護福祉士会賛助会員入会願

平成 年 月 日

大阪介護福祉士会長 様

下記のとおり、賛助会員として、大阪介護福祉士会に入会したいので、
貴会会則の定めのとおり、役員会での承認をお願いします。

記

団体＝ 会 社 名 印
代表者名
(連絡責任者職・氏名)
住 所
電 話 番 号
FAX 番 号
会 費 一金 20,000 円也

個人＝ 名 前 印
住 所
電 話 番 号
FAX 番 号
会 費 一金 5,000 円也

事務局所在地

〒542-0012 大阪市中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館内3F
大阪介護福祉士会事務局
TEL 06-6766-3633 FAX 06-6766-3632