

公益社団法人大阪介護福祉士会賛助会員入会願

年 月 日

公益社団法人大阪介護福祉士会 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

会 社 名

代 表 者 名

(連絡責任者職・氏名)

住 所

電 話 番 号

FAX 番 号

会 費 (口) (円)

※ 一口は 20,000 円です。

以上

事務所所在地

〒542-0012

大阪府大阪市中央区谷町 7 丁目 4 番 15 号

大阪府社会福祉会館内 3F

公益社団法人大阪介護福祉士会 事務局

TEL 06-6766-3633 FAX 06-6766-3632