

特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会  
入 会 申 込 書

令和 年 月 日

印

■ お名前： \_\_\_\_\_

■ フリガナ： \_\_\_\_\_

■ 所属機関名： \_\_\_\_\_

■ 所属部署： \_\_\_\_\_

■ 郵便番号： \_\_\_\_\_

■ ご住所： \_\_\_\_\_

■ TEL： \_\_\_\_\_

■ FAX： \_\_\_\_\_

■ E-mailアドレス： \_\_\_\_\_

■ 職種： \_\_\_\_\_

(例：ケアマネージャー、介護福祉士、看護師、医師など)

■ 会員の種類 (ご希望の種類をチェックしてください)

正会員 (個人) 年会費 3,000円/1口

\_\_\_\_\_

賛助会員 (個人) 年会費 5,000円/1口

\_\_\_\_\_