

一般社団法人 長崎県介護支援専門員協会
入会申込書（賛助会員用）

長崎県介護支援専門員協会 会長

申 込 口 数	□	円（団体・個人）
---------	---	----------

団体・個人共通（ 支部経由）

ふりがな			
氏名	（団体の場合、代表者名も記入して下さい）		
住所	〒		
電話番号		FAX	
メールアドレス			

個人申込の方はこちらをご記入ください

勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号		FAX	
メールアドレス			

上記のとおり、長崎県介護支援専門員協会の賛助会員へ入会を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

※団体及び介護支援専門員の資格のない方が賛助会員となります。

◆問合せ先／返送先◆

一般社団法人 長崎県介護支援専門員協会 〒852-8104 長崎市茂里町3番24号長崎県総合福祉センター県棟4階 TEL：095-893-6152 / FAX:095-893-6153 MAIL：nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp
--

支部 担当者印		県協 担当者印	
------------	--	------------	--