

入会申込書

特定非営利活動法人 外国人看護師・介護福祉士教育支援組織 代表理事 殿

下記のとおり、特定非営利活動法人 外国人看護師・介護福祉士教育支援組織に入会を申し込みます。

		申込日	年	月	日
フリガナ					
お名前 (団体名)				年齢 性別	男 ・ 女
ご住所	〒				
電話 携帯電話	Fax				
E-mail					
職種	1. 日本語教師 2. 看護師 3. 介護福祉士 4. 学生(大学名、学科名) 5. その他()				
やってみ たい活動等	ご紹介者のおられる方はこの欄にご記入ください。				

種別 (○で囲む)	年会費	内容
正会員 (個人・団体)	2,000 円	総会での議決権あり、特典あり*
賛助会員 (個人・団体)	1,000 円 (1 口以上) 口数 口	総会での議決権なし、特典なし
学生会員	0 円	総会での議決権なし、特典なし
その他 (ご寄付)		

* 当 NPO の主催する講演会への参加費用割引など

* 「個人情報保護法」に基づき、本人の承諾を得ないで個人情報を第三者に提供することは致しません。

<ご入金口座 (ゆうちょ銀行)>

口座名称：看介支援 (カンカイシエン)、口座記号番号：00120-7-633215

銀行からのお振込みでは、店名：019、預金の種類：当座、口座番号：00120-7-633215、口座名義人：カンカイシエンをご利用くださいませ。

(恐れ入りますが、振り込み手数料はご負担いただきますようお願い申し上げます。また、領収証の必要な方はご一報くださいませ。)

ご入金時、入会申込書をメール添付、Fax または郵送にてご送付願います。