

(協会会員・賛助会員) 申込書

一般社団法人日本福祉感染予防協会 代表理事 様

貴協会の会員規約に同意の上、(協会会員・賛助会員)として入会を申し込みます。入会後は、貴協会の会員規約および諸規約を遵守します。

申請日

年 月 日

太枠内にご記入の上、お申込みください。

フリガナ			
法人名(屋号)			
代表	役職		
	フリガナ		
代表者氏名		(印)	
所在地		〒	
電話番号	()	FAX番号	()
E-mail			
福祉施設との つながりなど	協会会員にお申込みの場合のみご記入ください。		
※事務担当者がある場合は、ご記入ください。			
担 当 者	部署		
	フリガナ		
氏名			
電話番号	()	FAX番号	()
E-mail	@		

1 申込書にご記入の上、次の書類を添えて郵送、FAX又はPDFをメールにてお送りください。

【添付書類】 法人の場合・・・会社案内のパンフレット又は履歴事項全部証明書のコピー

【添付書類】 個人の場合・・・公的な身分証明書のコピー

送付先	一般社団法人日本福祉感染予防協会 〒544-0001 大阪府大阪市生野区新今里4丁目6番5号 FAX : 06-6755-5112 E-mail : info@jwica.org
-----	--

2 後日、会費の振込について、ご案内いたします。なお、振込に係る手数料は、ご負担ください。

会員区分	会費
協会会員	1口 年額60,000円
賛助会員	1口 年額12,000円