

賛助会員入会申込書

年 月 日

一般社団法人ヘルスケアマネジメント協会 御中
貴協会に賛助会員の入会を申し込みます。

ふりがな 氏名・団体名・社名			
住所又は所在地	〒 ー (TEL) (FAX)		
代表者又は責任者 ※団体・法人で申込みの場合	(部署名及び役職名) (氏 名)		
賛 助 会 費		賛助会費 (年額)	加入口数・賛助会費額
	個 人 会 員	1口 3,000円	口 円
	団体・法人会員	1口 30,000円	口 円
	※会員期間の起算日は納入翌月の1日となります。		
入 会 年 月	年 月		
担 当 者 (連絡先) ※団体・法人で申込みの場合	(部署名及び役職名) (氏 名) (TEL) (FAX)		
支 払 方 法	☐ 振込 福井銀行 文京支店 普通6089620 一般社団法人ヘルスケアマネジメント協会 シヤ)ヘルスケアマネジメントキョウカイ ☐ 請求書 上記住所の「代表者又は責任者」部署・役職名あて送付 ☐ クレジットカード払い		
当協会WEBサイトの 団体・法人一覧への 掲載 ※団体・法人で申込みの場合	・当協会のWEBサイトでの「賛助会員一覧」への掲載を (☐ 希望しない)		

当協会では、ご記入いただきました情報は、賛助会員業務で使用するほか、場合によっては当協会が開催するセミナー等のご案内やアンケートの実施をさせていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。
当協会では、お客様の個人情報を厳重に管理しておりますので外部に開示することは一切ございません。

(協会記載欄)

本 部 記 載 欄

担 当