

静岡県認知症ケア専門士会入会申込書

申請日： 年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名	⑩	(西暦) 年 月 日
認知症ケア専門士 NO.		

勤務先名称			
勤務先 住所	〒 _____		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		
	URL :		
自宅 住所	〒 _____		
	TEL :	FAX :	
	携帯 :		
	E-mail :		
書類等送付 先/連絡先	1. 自宅 2. 勤務先 ※いずれか1つに○印を付けて下さい。		
入会金支払	1. 現金 2. 銀行振込	現金領収 (日付、確認サイン)	

入会時：4,000円 (内訳 = 入会金1,000円 + 年会費：3,000円)

振込先：浜松信用金庫 蛸塚支店 普通 口座番号 2022306

名義：静岡県認知症ケア専門士会 代表 奥山恵理子

※振込の際に、お名前の前に「に」を入れてからお名前をお願いします。

◇本届の個人情報は、認知症ケア専門士会の運営以外の目的では使用致しません。