**特定非営利活動法人カシオペア医療介護支援センター 入会申込書**

特定非営利法人カシオペア医療介護支援センター 理事長 殿

　特定非営利活動法人カシオペア医療介護支援センターの事業内容に賛同し、会員として入会したいので、定款第７条の規定及び会員規程により、下記のとおり入会申込みいたします。

入会申込日　　　令和　　　年　　月　　日

会員種別　　　正会員（社員） / 賛助会員　 口数 　　　口 　　該当に〇をつけ賛助会員は

会費口数をご記入ください。

会員区分　　　行政　/　福祉　/　医療　/　介護　/　その他　　 該当に〇をつけてください

事業所等の名称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-

代表者職氏名（会員登録者名）　　職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　-

代表者住民登録住所　〒 -

-

事業所等の住所　　　〒 -

　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-

実務担当者等職氏名　　職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　-

電話番号 　　　　　　　　　FAX番号 　　　　　　　　　　 -

実務担当者等メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-

* 定款第７条及び会員規程に基づき、入会申込書が理事長あてに提出され、その内容を確認したうえで入会手続きを進めることになります。　後日、入会の決定と会費の納入について通知をいたしますので、よろしくお願いいたします。

入会申込書提出先及び問合せ先

　特定非営利活動法人カシオペア医療介護支援センター

〒 028-6101

二戸市福岡字八幡下11-1

電話26-9335　FAX 26-9336 　

mail [himehotaru.npo@gmail.com](mailto:himehotaru.npo@gmail.com)