

# 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○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○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となります。 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