

令和 年 月 日

一般社団法人静岡市ケアマネット協会 会長 様

〒

法人(事業所)住所

法人(事業所)名

法人(事業所)代表者

役職・氏名

●法人会員の場合は、法人名、
法人代表者等を記入してください。
●事業所会員の場合は、事業所
名、事業所代表者等を記入して下
さい。

賛助会員(団体)申込書

貴協会の趣旨に賛同し賛助会員(団体)として入会致したく、下記のとおり申し込みます。

入会年月日	令和 年 月 日
年 会 費	(いずれかに○印) 法人会員 30,000円 事業所会員 10,000円
連絡先 法人(事業所)名	(上記と異なる場合のみ記入)
連絡先 法人(事業所) 住 所	(上記と異なる場合のみ記入) 〒
担当者 氏名	(必須)
メールアドレス	(必須)
電話番号	(必須)
FAX番号	(必須)

静岡市ケアマネット協会ホームページ「賛助会員(団体)紹介一覧(50音順)」掲載で、

御社ホームページ(リンク先URL) の添付を希望しますか?	有 ・ 無 有の場合➡URL()
御社パンフレット等の添付を希望 しますか?	有 ・ 無 有の場合➡PDFファイルをメールにてお送り下さい メール先: shizuoka-c.cma@cy.tnc.ne.jp

問合せ先・送付先

一般社団法人静岡市ケアマネット協会事務局 担当:稲持弘次

〒422-8033 静岡市駿河区登呂4丁目7-14

電話 054-204-5060 FAX 054-204-5061 メール shizuoka-c.cma@cy.tnc.ne.jp