

特定非営利活動法人(NPO 法人) グリーフケア支援協会 入会申込書

- ・ FAX で送信:03-3697-8471
- ・ 郵送 : 〒101-0011 東京都葛飾区宝町 1-1-23
- ・ 口座 : 中ノ郷信用組合 立石支店 普通 2034413 NPO 法人グリーフケア支援協会
理事長 石井 克昌

下記のとおり貴協会会員として入会申込いたします。

平成 年 月 日

| | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 会員種別 (□にチェック) | <input type="checkbox"/> 1.個人賛助会員 | <input type="checkbox"/> 2.団体賛助会員 |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

【個人会員登録】

| | | |
|-----------|---|------------|
| 氏名 (フリガナ) | 印 | フリガナ: |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 : 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | |
| | 携帯電話: | |
| | TEL・FAX | TEL: FAX: |
| Mail アドレス | | |
| 連絡先 | <input type="checkbox"/> 上記勤務先に同じ <input type="checkbox"/> 下記の連絡先 | |
| | 住所 | 〒 |
| | TEL・FAX | TEL: FAX: |
| | Mail アドレス | |

【団体会員登録】

| | | |
|-----------------|--------|--------------------|
| 団体名ならびに 代表者名 | (フリガナ) | 印 |
| 所在地 | 〒 | |
| 会員 代表 者 | 所属・役職 | |
| | 氏名 | フリガナ(|
| | 連絡先 | TEL: FAX: Mail: |
| 窓口 登録 者 | 所属・役職 | |
| | 氏名 | フリガナ(|
| | 連絡先 | TEL: FAX: Mail: |

※「入会金及び会費」のお振込は、本入会申込書の提出後、5 日以内にお願ひいたします。

※振込手数料は、入会申込者様のご負担となります。