

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。