

公益社団法人新潟県介護福祉士会 団体賛助会員 入会願

令和 年 月 日

公益社団法人新潟県介護福祉士会 会長 様

下記のとおり、団体賛助会員として、新潟県介護福祉士会に入会したいので、  
貴会会則の定めのとおり、役員会での承認をお願いします。

記

会 社 名

代 表 者 名

(連絡責任者職・氏名 )

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

会 費 ( 口 ) ( 円 )

※ 一口は30,000円です。

以上

事務所所在地

〒950-0994

新潟県新潟市中央区上所 2-2-2

新潟ユニゾンプラザ 3F

公益社団法人新潟県介護福祉士会 事務局

TEL 025-281-5531 FAX 025-281-7710