一般社団法人 佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会宛

賛助会員入会申込書

佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会の趣旨に賛同し、賛助会員となることを申請します。

申請にあたり、佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会の定める賛助会員規程に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 申込者 | フリガナ  氏名 |
| 団体名  （個人会員除く） | フリガナ  団体名 |
| 申込者所属部署・役職  （個人会員除く） |  |
| 代表者氏名  （個人会員除く） | フリガナ  氏名 |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 連絡先TEL & FAX & URL | TEL 　 FAX  URL http:// |
| 連絡先電子メール |  |
| 賛助会員種類（口数）  該当を○で囲む | 企業会員　 団体会員　 医療会員　 個人会員　　（申込口数：　 　　口） |
| Webサイト掲載希望  　該当を○で囲む | 希望する　　　希望しない  掲載希望時はロゴやアイコンの表示も可能です。画像ファイルのURLを記入下さい。  http:// |
| 請求書送付先 | 〒 |

Webサイトに掲載を希望される場合、さどひまわりネットWebサイトの賛助会員一覧に以下の項目

を掲載いたします。掲載にあたり、ご要望があるときは余白に記載してください。

・個人会員以外 団体名、連絡先住所・電話番号、URL

・個人会員 申込者名、市町村名までの住所