

入会申込書（正会員）

令和 年 月 日

一般社団法人介護人材政策研究会 代表理事 殿

以下の通り、貴会に入会します。

ふりがな			
事業所名	印		
ふりがな			
代表者	役職	氏名	
ふりがな	(〒)		
事業所 住所			
事業所 TEL		事業所 FAX	
E-mail			
ふりがな			
法人名			
ふりがな			
担当者	役職	氏名	

[送付先・問い合わせ]

一般社団法人介護人材政策研究会

住所：〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-2 BUREX麹町311

TEL：03-5213-4270 FAX：03-6478-8333

E-mail：info@kaijinken.or.jp

*ここに記載された個人情報は、本事業の目的以外では使用いたしません。

[本会記入欄]

受付日	
管理番号	