**入会申込書**

一般社団法人福祉医療支援協会 御中

一般社団法人福祉医療支援協会の趣旨に賛同し、会員として入会を申し込みます。

入会後は、この法人の規程を遵守します。

申込日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 所属部署 |  |
| 法人名 |  | 役職 |  |
| ふりがな |  | ㊞ |
| 入会者氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |

* 必要事項を記入のうえ、事務局までお送りください。
* 事務局から確認のため、ご連絡を差し上げる場合がございます。
* この入会申込書は、当協会の会員名簿原本として管理いたします。会員の個人情報は当協会の活動以外の目的では利用いたしません。 また、法令に定める場合を除き、本人の同意なしに第三者へ個人情報の提供は行ないません。
* 入会申込書の内容に変更があった場合は、速やかに事務局までご連絡ください。

【会費について】

* 当協会の年会費は、以下のとおりです。

金額：30,000円（うち10％対象消費税2,727円を含む）

期間：4月1日～翌年3月31日分

なお、初年度の年会費は、入会時期が4月～7月の場合は30,000円（うち10％対象消費税2,727円を含む）、8月～11月の場合は20,000円（うち10％対象消費税1,818円を含む）、12月～3月の場合は10,000円（うち10％対象消費税909円を含む）としております。

* 原則として前納としております。
当協会の指定する下記口座へ、振込または預金口座振替にてお支払いください。
* 毎年3月に次年度分の請求書をお送り致します。

【更新・退会について】

* 次年度以降は、特段のお申し出がない限り自動更新となります。

退会ご希望の場合は、事務局までその旨をご連絡ください。

* 途中退会等による納入済の年会費の返金は、一切致しかねますので、予めご了承ください。

|  |
| --- |
| 振込先口座情報 |
| 銀行名 | 東日本銀行 |
| 支店(店番号) | 代田橋支店（１４６） |
| 口座番号 | ８００１１７６ |
| 口座名義 | シャ）フクシイリョウシエンキョウカイ |