

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			印
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