

一般社団法人 かまくら認知症ネットワーク

入会申込書

FAX: 0467-39-5490

Eメールアドレス: inadasakura@mist.ocn.ne.jp

平成 年 月 日

一般社団法人 かまくら認知症ネットワーク 事務局 行

お問合せ 電話 0467-47-6685

貴会の目的・活動に賛同し、入会を申し込みます。

ふりがな			
お名前			
住 所	〒		
TEL		FAX	
Eメールアドレス			
職種(所属先)			
会員種別 年会費 該当する番号に○をつけてください。			
1. 個人正会員 3000円			
2. 個人賛助会員 2000円 × _____ 口 = _____ 円			
3. 団体賛助会員 2000円 × _____ 口 = _____ 円			
お支払方法			
FAXで申し込み書を送付の後、郵便振込にて年会費をお振り込みください。			
郵便振込口座 口座番号 00240-8-140587			
口座名 一般社団法人 かまくら認知症ネットワーク			
備考			

※かまくら認知症ネットワークでは、イベントでのサポーター役や会報、資料作成等のときにボランティアとして参加していただける方を募集しています。興味があり、手伝っても良いとお考えの方は備考欄に**サポートスタッフ希望**とご記入ください。