

一般社団法人 医療介護福祉コミュニティネットワーク国際研究所 賛助会員A 入会申込書

私は、賛助会員Aの規約に同意し、一般社団法人 医療介護福祉コミュニティネットワーク国際研究所の賛助会員になることを申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

No.

フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 女
保持資格 (介護支援 専門員以 外)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 鍼灸マッサージ師
フリガナ			
自宅住所	〒 都 道 府 県		
T E L		携 帯 電 話	
F A X		E メ ー ル	
フリガナ			事業所番号
勤務先名			
フリガナ			
勤務先住所	〒 都 道 府 県		
T E L		E メ ー ル	

一般社団法人医療介護福祉コミュニティネットワーク国際研究所 個人情報の取扱いについて
当法人は、本会員登録により取得した個人情報を下記の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

【利用目的について】

賛助会員規定の内容に沿ったもののみ利用いたします。

また、個人情報については本研究所にて厳重に管理いたします。

* 入会にあたり、賛助会員規定について必要な方はお申し出ください。