

入会申込み書

一般社団法人 療法士リハビリテーションデイサービス協会

代表理事 殿

■ 協会の趣旨、会則に賛同し、入会の申込みを致します。

会員登録事項 (◆ は記入必須項目です)

◆ 入会申し込み日:平成 年 月 日

◆ 法人・団体名:

◆ 代表責任者:

◆ 窓口担当者:

◆ 住所:〒

◇ 電話番号:

◆ FAX番号:

◆ HP: http://

◆ 会社業種(紹介・斡旋する際に使います):

※ この『申込書』で取り扱う個人情報は、個人情報保護法を遵守し会員との連絡のみに使用致します。

会費 (消費税込み)

入会金:無料 年度会費:30,000円

<お支払い方法> ※銀行振り込みでお願いいたします。

振込み指定口座:三井住友銀行 江戸川支店 普通預金口座 2207192

口座名義人:一般社団法人 療法士リハビリテーションデイサービス協会

※ 振込手数料は振込者負担でお願い申し上げます。

【会員特権】

- ・当協会ホームページへのバナーリンクを貼ります
- ・当協会が開催するセミナーへの参加が可能です。
- ・当協会が開催するセミナー資料などの広告差し込み 致します。
- ・当協会会員への商品案内のメール配信
- ・当協会の会員が新規デイサービスの開設に伴う賛助企業の斡旋・紹介

仮登録連絡書

入会申請を頂き誠にありがとうございます。上記にご記入いただいた通りに賛助会員の仮登録を致しました。

平成 年 月 日までに年度会費をお振込みください。

お振込確認ができ次第、入会承認のご連絡を差し上げます

仮登録日

平成 年 月 日

一般社団法人療法士リハビリテーションデイサービス協会

〒133-0073 東京都江戸川区鹿骨2-37-8 ニットーハイツ 1F

TEL:03-5879-8998 FAX:03-5879-8998 (TELとFAXは同番号)

代表理事 河合 眞哉