

特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会 御中

入 会 申 込 書

ふりがな ご芳名	
会員種別*	総会正会員 ・ 一般正会員 ・ 個人正会員
区 分	医療福祉連携士____期生 ・ _____年度講習会修了生 ・ 一般個人 (連携士・講習生以外)
所属施設名	
所属 / 職種	
役 職	
TEL	(        )        —
FAX	(        )        —
E-mail	@
都道府県 〔所属施設住所地又は主な活動拠点 の都道府県を記入〕	

上記内容を記入後、下記メールアドレスに送信、または、FAXをお願いいたします。

\*会員種別

総会正会員：総会での議決権を持ち、積極的に参画していただける方（欠席する場合は、委任状を提出していただきます）

医療福祉連携士で役員の方など

一般正会員：総会での議決権は持たないが、総会等の行事には積極的に参画していただける方

活動内容等はフィードバックいたします。医療福祉連携士の方など

個人正会員：医療福祉連携士、講習（修了）生等ではないが、法人の目的に賛同し賛助・協力していただける

個人の方（入会金：3,000円）活動内容等フィードバックいたします。

☆ 個人情報は「NPO法人 医療福祉連携士の会」の運営のみに使用させていただきます。

☆ 「NPO法人 医療福祉連携士の会」等のご案内をメールで配信いたしますので、E-mailアドレスは極力ご記入ください。ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

代表理事 中村起也（広南病院 神経内科）

FAX : 022-774-2161

WEB : <http://renkeishi.com/>

E-mail : [office@renkeishi.com](mailto:office@renkeishi.com)