

接骨院併設通所型サービス開業サポート申込書

NPO 介護予防研究会行き

(記入日) 平成 年 月 日

(ふりがな) 氏名				性別	男	・	女	
生年月日	昭和	・	平成	年	月	日生	年齢	歳
接骨院名								
接骨院住所	〒							
接骨院 TEL				接骨院 FAX				
パソコン E-mail								
ホームページ								

■ご自宅

ご住所	〒		
携帯 TEL	自宅 FAX		
ライン@			

■会員メーリングリスト登録 (パソコン E-mail アドレスとします)

(いずれかに○をお願いします) → 登録を希望する ・ 登録を希望しない

■通信欄

■サポート費用 100,000円～300,000円 / 入会金 5,000円 年会費 5,000円

※サポートを受ける場合、NPO介護予防研究会に入会していただきます。なお現地調査は交通費等がかかります。

■振込先 巢鴨信用金庫 志村支店 普通 3169693

特定非営利活動法人 介護予防研究会 理事 佐藤 司

■〒115-0052 東京都北区赤羽北 2-13-8 NPO介護予防研究会

TEL 03-3909-8031 Eメール info@kaigoyobou.or.jp

FAX03-5963-8132