**一般社団法人茨城県老人福祉施設協議会賛助会員申込書**

申込日　　令和　　　年　　　　月　　　　日

一般社団法人　茨城県老人福祉施設協議会

会　長　　殿

　　貴会の活動趣旨に賛同して入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体・企業名 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 所在地 | 〒㊞ |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 担当者 |  | 役職 |  |
| ＨＰアドレス | ※茨城県老施協のホームページよりリンクを貼ります。 |

◆申込書はお手数ですが、コピーをおとりになり原本を本会へ送付してください。

|  |
| --- |
| 〈送付先〉〒310－0851茨城県水戸市千波町１９１８　セキショウ・ウィルビーイング福祉会館内　３F一般社団法人　茨城県老人福祉施設協議会TEL:029-241-8529　　　FAX:029－241-4456　　Mail:info@jsibaraki.jp |

◆会費のお支払につきましては、理事会の承認後にあらためてご案内いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **承　認** | **非　承　認** | **受　付** |
|  |  |  |