

賛助会員入会申込書

一般社団法人 大阪市老人福祉施設連盟 代表理事 殿
貴連盟の事業目的に賛同し、下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな			
名 称			
ふりがな			
代表者名			
所在地		〒	
		TEL	FAX
E-mail			
職 種		備考	
ご 担 当 者	部署名		
	役 職		
	氏 名		
	所在地	〒	
		TEL	FAX
E-mail			
<p>◆ご紹介者はありますか。</p> <p>ある場合は、ご紹介者の施設名（事業所名）と氏名・TEL 番号をご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある : 施設名 _____</p> <p>氏 名 _____ TEL _____</p>			

◆お申込み・お問い合わせ◆

一般社団法人 大阪市老人福祉施設連盟 事務局
〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町 12-10 大阪市立社会福祉センター311
TEL06-6765-3611 FAX06-6765-3612 HP : <http://sirouren.jp/>