

# 「ケアメンいごっそう」入会申込書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		
氏名	(男・女)	
生年月日	(大・昭・平) 年 月 日	
住所	(〒 - ) ----- -----	
連絡先	TEL	
	FAX	
	e-mail	@
区分	① 介護当事者 (妻・実父・実母・義父・義母・子ども [息子・娘]・その他) ② 介護経験者 ③ 支援者 ( ) ④ その他 ( )	

< F A X または郵送でお送りください。また、事務局まで直接ご持参いただいても構いません。 >

## ●個人情報の取り扱いについて

お預かりした個人情報についてはケアメンいごっそう事務局で管理し、本会の活動以外の目的では使用いたしません。

## ●年会費について

◇会員(個人) 1口 1,000円 ◇賛助会員(個人) 1口 1,000円 ◇賛助会員(団体) 1口 10,000円

年会費のご入金(口座振込または持参いただいても構いません)を確認後、正式入会となります。

尚、ご入金の際の領収書(振込の場合は振込票)は、入会の証明となりますので、大切に保管ください。

口座番号 … 高知信用金庫 須崎店 普通 046385 ケアメンいごっそう

※年度途中での入会に際しての年会費の月割り、また退会に際しての会費の返還は致しかねます。ご了承ください。

## 送付先

〒785-0037

須崎市赤崎町9-3 一陽病院内 ケアメンいごっそう事務局 (担当：峰・石本・西山)

TEL：0889-42-1798

FAX：0889-42-1707