特定非営利活動法人　医療福祉連携士の会

賛助会員

年会費：２０，０００円／口（１口以上）

本法人の目的に賛同し、賛助を目的に入会する団体です。医療福祉連携士の活動や連携実務等に関心がある企業、医療機関、介護事業所、自治体、公共団体等が対象となります。

年度は5月1日から4月30日までになります。

ご入会いただきますと、退会の申し出があるまで自動継続となります。

一度ご入金いただいた賛助会費は、年度途中の退会の申し出があった場合でも返金することはできません。予めご了承ください。

入会するメリット

1. 本法人が主催するフォーラム・研修会・セミナーに1口につき、代表者1名（またはその代理の者）が、個人正会員と同様のメリットが受けられます。
2. 本法人が主催するフォーラム・研修会・セミナー等で広告掲載が可能と判断した場合は、プログラム・抄録集への広告掲載費が賛助会員特別価格でのご提供となります。
3. 本法人が出版する出版物等で広告掲載が可能な場合は、広告掲載費が賛助会員特別価格でのご提供となります。
4. 本法人が主催するフォーラム・研修会・セミナーにおいてパンフレット等資料を配布することができます。
5. 本法人のホームページに、バナー広告を掲載することができます。  
   ただし、バナー広告掲載に関する実費はご負担いただきます。

入会申し込み方法

賛助会員入会申込書に必要事項をご記入の上、事務局宛にmailまたはFaxで送信してください。

退会手続き

退会を希望する方はお手数ですが、退会申込書を下記宛にmailまたはFaxしてください。

送信先：特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会 事務局

Fax：03-3244-3240

E-mail：[office@renkeishi.com](javascript:void(0);)

特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会　御中

特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会　賛助会員　入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 口　　数 | 口 |
| 団 体 名（かな） |  |
| 団 体 名（漢字） |  |
| 郵便番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 担当者名（かな） |  |
| 担当者名（漢字） |  |
| 担当者部署 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |

特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会　退会届

年　　月　　日

医療福祉連携士の会 理事長　殿

このたび特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会を退会いたしたく、特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会定款第10条の規定に基づき退会届を提出いたします。なお、未納分の年会費がある場合には、必ず払い込みます。

氏名：

勤務先：

連絡先住所：

連絡先TEL：

退会理由：

退会希望日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

署名：

下記までメールまたはFaxで送信してください。

（事務の正確を期すため、電話等での受付は行っておりません。

退会届は会員ご本人からのご提出のみ受付いたします。）

送信先：特定非営利活動法人 医療福祉連携士の会 事務局

Fax：03-3244-3240

E-mail：[office@renkeishi.com](javascript:void(0);)

事務局記入欄

会員番号：　　　－

受理日：平成　　年　　月　　日