

新規会員

おもいやり団体共済保障

特定非営利活動法人 全国介護支援共済機構のおもいやり団体共済保障に、構成の一員を加入させ、会員・正会員として登録を願意します。

郵便番号 _____

住 所 _____

法人・団体・施設名 _____

代表者名 _____ 印 _____

管理責任者 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

E-mail _____

認証番号 _____

正会員名簿

NO	氏名	フリガナ (必須)	生年月日 (西暦)	性別 (1:男, 2:女)	郵便番号 (“”は不要)	住所 (漢字)	住所 (カナ)	電話番号	正会員番号 (組合員番号)	会員番号 (企業番号)	認証番号 (企業番号)
例	芳清 太郎	ヨシキ タロウ	1965/01/01	1	4200839	静岡市葵区鷹匠2-13-4	シズカシ マイク タカシ ヨウ 2-13-4	054-254-1229	123456789	123456	123456
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

名簿は指定形式の
シートにて提出