

フリガナ			
団体名			
フリガナ			
代表者名	所属部署及び役職 ()		
フリガナ			
担当者名	所属部署及び役職 ()		
団体の住所	〒 TEL _____ FAX _____ メールアドレス_____		
メルマガ登録	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する→送信先メールアドレス_____		

入会を希望する理由について、該当する項目へチェックをご記入ください。(複数選択可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 産前産後ケアについて知りたい | <input type="checkbox"/> 産前産後ケア事業について情報収集したい |
| <input type="checkbox"/> 現在、産前産後ケア事業に関わっている | <input type="checkbox"/> これから産前産後ケア事業を始める |
| <input type="checkbox"/> 産前産後ケアについて学びたい | <input type="checkbox"/> 多職種連携するネットワークがほしい |
| <input type="checkbox"/> 団体の活動の場を広げたい | <input type="checkbox"/> 本会の活動に賛同する |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

【申込方法】

入会申込書を下記事務局宛に、メール添付、郵送あるいはFAXでご送付ください。

事務局からご登録のメールアドレスへ受付確認のメールをお送りします。

会費の納入について、受付確認のメールにてご案内しますので、メール受信後にお振込みください。

<p>一般社団法人産前産後ケア推進協会 事務局</p> <p>〒173-0004 東京都板橋区板橋 2-64-5 サンホワイトビル 9F</p> <p>e-mail : info@a-apcp.org</p> <p>TEL : 03-6905-6132 FAX : 03-6905-6142</p>

※入会に際して提供された団体情報は、本会が適正に管理し、協会運営に関わる目的以外には使用しません。

事務局記載欄

入会申込日	年	月	日()	備考：
入会審査	年	月	日()	
入会日	年	月	日()	
会員番号				