

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	
ご担当者名	所属部署及び役職 ()
団体ご住所	〒 TEL _____ FAX _____ メールアドレス _____
<p>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)</p> <p> <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 () </p>	

【申込方法】

入会申込書を下記事務局宛に、メール添付または郵送にてご送付ください。

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。

一般社団法人産前産後ケア推進協会 事務局

〒167-0043 東京都杉並区上荻 3-26-14 ドミトリー上荻Ⅱ202

e-mail : info@a-apcp.org TEL : 03-6905-6132

※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				