

## 「一般社団法人 産前産後ケア推進協会」入会申込書

「一般社団法人 産前産後ケア推進協会」の設立主旨及び活動方針に賛同し、下記の通り入会の申し込みをいたします。

申込日: 年 月 日

フリガナ

申込者(個人会員は氏名, 団体会員は団体名):

印 (個人会員のみ押印)

(情報としてご記入いただきます)

団体代表者(団体のみ記入): (役職名)

(本件に関する決裁権限を有する方)

申込責任者(団体のみ記入押印): (役職名)

(氏名)

印

住所(個人会員は住所, 団体会員は登記上の本店所在地):

〒

業種(個人の方は職業):

資本金(団体会員のみ記入)

資格のある方は○をつけて下さい 看護師・保健師・助産師・保育士・その他( )

どちらかに○をしてください。

外部公表用に作成する会員名簿への記載の可否(個人会員は個人名、団体会員は団体名のみ記載): 可 不可

\*総会出席者(表決権受任者): 部署

役職

氏名

\*団体会員の、申込責任者以外の同じ団体の方が総会に委任状無しで表決権をもって代理出席する場合に御記入ください。  
(但し、表決権受任者以外の方が総会に代理出席する場合は委任状が必要です)

### 1. 会員区分 ※申込む種別を○で囲んでください。

会員種別	※	入会金	年会費	申し込み口数を以下に記入
正会員	個人	5,000円	6,000円	
	団体	10,000円	50,000円	
賛助会員	個人		10,000円(1口)	口(最少口数は1)
	団体		50,000円(1口)	口(最少口数は2)

### 2. 連絡先(連絡担当者)(記入必須)

所属部署及び役職名:

氏名:

印

TEL:

FAX:

E-mail:

総会開催通知送付先住所: 〒

### 3.メルマガ登録 希望する 希望しない

### 4.入会を希望される理由についてよろしければご記入ください。

以上

申込方法: 申込書に記入押印の上、郵送、FAXまたはEメールでご送付ください。  
資料請求・申込書送付先: 一般社団法人 産前産後ケア推進協会 宛  
住所: 〒173-0004 東京都板橋区板橋2-64-5 サンホワイトビル9F  
TEL: 03-6905-6132 FAX: 03-6905-6142 E-mail: info@a-apcp.org  
※入会金及び会費の納入については申込書受理後にご連絡いたします。  
※申込書に記載された情報は、事前の同意なく第三者へ開示することはありません。