

認知症フレンドシップクラブ法人賛助会員登録申込

申込月日	年 月 日	
ふりがな 団体お名前		
代表者氏名		
担当者氏名		
住 所	〒	
電話番号	[代表電話] [ご担当者電話]	
メールアドレス	[代表アドレス] [ご担当者アドレス]	
ホームページ 掲載の可否		

通信欄（何かございましたらご記入ください）

上記の各欄にご記入の上、FAX または Mail で、認知症フレンドシップクラブ事務局までお送りください。会費は、下記の口座へお振込みください。

ファックスの場合 ファックス番号：03-4333-0405
 メールの場合 メールアドレス：info@dfc.or.jp

<会費>

年額 50,000 円

<振込先>

ゆうちょ銀行：九〇八支店／普通／(口座番号)4317094／(加入者名)認知症フレンドシップクラブ

お知らせいただいた個人情報に関しましては、個人情報の保護に適用される法令およびその他の規範を遵守し、適切な保管・管理を行ってまいります。

認知症フレンドシップクラブ法人賛助メンバー申込書

番号	氏名	アドレス
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		