

# 賛助会員 入会申込書 (F A X : 029-353-7246)

年 月 日

一般財団法人茨城県介護福祉士会 会長 殿

フリガナ			
名 称			
フリガナ			
代表者名			印
当会の事業の趣旨に賛同し、賛助会員に入会を申し込みます。 賛助会費は、次のとおり別途納入いたします。(1口10,000円より)			
令和	年度	賛助会費	口分(年額 円)

連絡先住所	〒		
担当者所属			
フリガナ			
担当者名			
TEL		FAX	
e-mail			

### 《個人情報の取扱について》

賛助会員として、名称を当会 Web 及びパンフレット等に掲載・公表してよろしいでしょうか。  
 どちらかに○をお付けください。

( ) 掲載してよい ( ) 掲載しない

以下の、個人情報の取り扱いについて、どちらかに○をお付けください。

( ) 同意する ( ) 同意しない

1. 入会に際し、ご提供いただいた個人情報は、公益社団法人日本介護福祉士の個人情報保護方針に基づき、安全かつ厳重に管理いたします。
2. 個人情報は、賛助会に関する事務手続きのみに使用します。  
 (個人情報のご提供は任意となりますが、個人情報をお知らせいただけなかった場合、賛助会員として登録できない場合があります。)  
 ただし、当会からの研修や講演会等の開催案内を希望する場合には、その案内のためにも使用します。
3. 個人情報は、ご同意なく第三者に開示・提供・委託することはありません。
4. 個人情報の利用目的の通知、開示・訂正・追加又は削除、利用の停止・消去については、以下の窓口までご相談下さい。

個人情報に関する問い合わせ窓口 電話：029-353-7244 (事務局)

### 《研修・講演会等の開催案内について》

当会からの研修や講演会等の開催案内をお送りしてよろしいでしょうか。  
 どちらかに○をお付けください。

( ) 希望する ( ) 希望しない

一般社団法人 茨城県介護福祉士会 事務局

〒310-0851 茨城県水戸市千波町1918番地 (茨城県総合福祉会館5階)

TEL : 029-353-7244(月・木曜日のみ) FAX : 029-353-7246 Mail: [ibaraki080ccw@topaz.ocn.ne.jp](mailto:ibaraki080ccw@topaz.ocn.ne.jp)

以上