**岡山県地域包括ケアシステム学会**

**会員入会届**

岡山県地域包括ケアシステム学会の施設会員(年会費30,000円)として入会いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **施設名** |  |
| **施設住所** | （〒　　　　　　） |
| **部署名** |  |
| **ご担当者名** |  |
| **電子メールアドレス※** |  |

※電子メールアドレスは添付書類を受け取れるものとしてください。岡山地域包括ケアシステム学会の開催のお知らせを

させていただく際に使用させていただきます．2年以上の会費滞納の場合は、退会されたものとみなします。