

一般社団法人全国ノーリフティング推進協会 申込書

(新規入会 参加事業所の追加・変更・抹消 社員情報の変更 退会)

私（申込者）は、一般社団法人全国ノーリフティング推進協会の定款を通覧し、申し込みをいたします。また、定款及び諸規程を遵守することを誓約いたします。

社員種別	<input type="checkbox"/> 社員	申込日			年	月	日
	<input type="checkbox"/> 賛助社員						
社員情報	フリガナ						
	法人名						
	フリガナ					印	
	代表者名						
	フリガナ						
本所所在地							

※事業所は、医療機関番又は介護保険事業所番号単位となります。

事業所情報	フリガナ						
	事業所名※						
	フリガナ						
	事業所所在地	〒	都道		府県		
	事業所のTEL			担当者名			
	事業所のFAX			担当者Eメール			
入会・追加・変更希望日	年	月	日	抹消・退会希望日	年	月	日
ホームページでの法人名掲載	可	否		ホームページ上のリンク	可	否	

問い合わせ先(申込先) 一般社団法人 全国ノーリフティング推進協会 事務局 〒461-0004 名古屋市東区葵3-25-23 FAX: 052-856-3355 / TEL: 052-856-0611 info@nolifting-suishin.com	注意事項 1. 新規入会する場合には、参加事業所を一以上届出てください。 2. 社員情報及び事業所情報に変更があった場合には、この申込書により事務局まで連絡してください。 3. 複数の参加事業所の届出を行う場合、別表を用いることができます。
--	--

一般社団法人全国ノーリフティング推進協会 申込書別表

社員情報	フリガナ		
	法人名		

※事業所は、医療機関番又は介護保険事業所番号単位となります。

事業所 (2) 情報	フリガナ			
	事業所名※			
	フリガナ			
	事業所在地	〒	都道 府県	
	事業所のTEL		担当者名	
	事業所のFAX		担当者Eメール	
事業所 (3) 情報	フリガナ			
	事業所名※			
	フリガナ			
	事業所在地	〒	都道 府県	
	事業所のTEL		担当者名	
	事業所のFAX		担当者Eメール	
事業所 (4) 情報	フリガナ			
	事業所名※			
	フリガナ			
	事業所在地	〒	都道 府県	
	事業所のTEL		担当者名	
	事業所のFAX		担当者Eメール	
事業所 (5) 情報	フリガナ			
	事業所名※			
	フリガナ			
	事業所在地	〒	都道 府県	
	事業所のTEL		担当者名	
	事業所のFAX		担当者Eメール	