

岡山県保健福祉学会 加入申込書

令和 年 月 日

岡山県保健福祉学会への入会を申し込みます。

ふりがな				
氏名			性別	
勤務先 (希望される方は自宅を記入)	〒	-		
	所在地			
	名称			
	部署			
	Tel	-	-	
	メール	※各種案内はメールで通知しますので、必ず記載してください		
職種	【例】 医師、歯科医師、看護師、保健師、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー、事務職、学生、等			

※上記事項は、資料送付等の事務連絡、会員構成等の統計資料作成の目的以外で行政監督機関などの指示がない限り、本人の同意を得ず第三者への開示をすることはありません。

会費の納入は3とおり!



金融機関での振込



持参
(学会当日でも可)



郵便局からの払込

銀行名：ゆうちょ銀行
支店名：一三九支店
預金種目：当座預金
口座番号：0064483
受取人：オカヤマケンホケンフクシガツカイ

岡山県庁本庁舎5F
(岡山市北区内山下2-4-6)
地域福祉課
岡山県保健福祉学会事務局

口座番号：01380-6-64483
加入者名：岡山県保健福祉学会
通信欄：新規加入
加入者名：ご自身のお名前