

やすらぎ福祉会員申込書

(社)企業福祉・共済総合研究所 御中

「リーベやすらぎ福祉会員サービス」の趣旨に賛同し、会員登録を申し込みます。

申込日	西暦 年 月 日	会員コース	<input type="checkbox"/> 個人会員	<input type="checkbox"/> 夫婦会員
-----	----------	-------	-------------------------------	-------------------------------

※申込日が尊厳死宣言日となります。

※いずれかにチェックを入れて下さい

個人会員の記入欄	フリガナ			
	氏名 (自署)	印	性別	男・女
	生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)		
	郵便番号	〒 — —	電話番号	— —
	フリガナ			
	住所	都道府県	市区町村	

※夫婦会員のお申込の方は、以下にお二人目をご記入ください。

夫婦会員の記入欄	フリガナ			
	氏名 (自署)	印	性別	男・女
	生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)		
	郵便番号	〒 — —	電話番号	— —
	フリガナ			
	住所	都道府県	市区町村	

<個人情報の保護・管理について>

この情報は管理責任者のもとに適切な管理を行い、外部流出防止策を講じると共にやすらぎ福祉事業のサービスに必要な各種手続きやご案内等以外には利用致しません。

申込先 FAX 03-5776-1423
郵便宛先 〒105-0012 東京都港区芝大門2-11-4 共生ビル別館6階
社団法人 企業福祉・共済総合研究所 リーベやすらぎ福祉サポート室