

入 会 申 込 書

おかやま地域子育て支援拠点ネットワーク代表 殿

おかやま地域子育て支援拠点ネットワークへの入会を申し込みます。

正会員（個人）	氏 名（ふりがな）
賛助会員（団体）	申込み団体名
賛助会員（個人）	氏 名（ふりがな）
<input type="checkbox"/> 数 （賛助会員のみ）	（ ） <input type="checkbox"/> 賛助会員（団体）— <input type="checkbox"/> 5,000 円／年 （ ） <input type="checkbox"/> 賛助会員（個人）— <input type="checkbox"/> 1,000 円／年

以下の項目もご記入ください。

本ネットワークでは、名簿などを作成し、お互いの交流促進のために役立てたいと考えていますが、名簿等への掲載を承諾されない項目がありましたら、右の欄にチェックしてください。
 また、いただいた個人情報は、当ネットワークの事業に必要な範囲でのみ取扱います。

項 目	記 入 欄	非掲載
申込者の住所(個人)又は 所在地(団体)	〒 —	<input type="checkbox"/>
申込者の電話・FAX番号	電話 FAX	<input type="checkbox"/>
申込者のメールアドレス	@	<input type="checkbox"/>
申込者の所属団体名(個人のみ)	例) NPO法人〇〇	<input type="checkbox"/>
申込者の従事先の名称・種別 (個人のみ)	例) 〇〇支援センター（センター型子育て支援拠点）	<input type="checkbox"/>
上記への従事開始年・月(個人のみ)	平成 年 月	<input type="checkbox"/>
申込者の従事先の所在地 (個人のみ)	〒 —	<input type="checkbox"/>
従事先の電話・FAX番号(個人のみ)	電話 FAX	<input type="checkbox"/>
連絡・各種通知の方法(個人のみ)	住所にしてほしい ・ 従事先にしてほしい	

☆ネットワークに期待することがあればご自由にご記入ください

《申し込み先》

おかやま地域子育て支援拠点ネットワーク事務局

郵送の場合： 〒705-0001 備前市伊部 1455 番地 わくわくる一む内

FAX送信の場合： (0869) 64-0087 （送付先FAX番号）