**介護保険市民オンブズマン機構大阪　入会申込書**

●**入会申込書送付先 （まず入会金等を下記口座にお振込みいただいたうえで送付してください）**

・FAXの場合　　　　　FAX ０６－６９４９－９２９６

・メールの場合　　　　o-netnpo@train.ocn.ne.jp

・郵送の場合　　　　　特定非営利活動法人　介護保険市民オンブズマン機構大阪

　　　　　　　　　 〒530-0041　　大阪市北区天神橋3-9-27　PLP会館3階

**申込日：　　　 年　　　　月　　　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | |
| **氏名　または**  **団体の名称** |  | | |
| **※職業または**  **所属団体** |  | **※生年月日（西暦）** |  |
| **住所** | 〒 | | |
| **電話番号** |  | **ＦAX番号** |  |
| **Eメール** |  | **ホームページ** |  |

※は個人で入会の方のみ記入してください。

**●下記の会員種別からお選びください。**（左側の空欄に丸印を付けてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **運営会員** | 機構の目的に賛同し、運営に関わったりすることができる個人。総会での議決権を有します。 | 入会金　１０，０００円  年会費　　５，０００円 |
|  | **活動会員** | 機構の目的に賛同し、活動を推進する個人。  総会での発言権を有します。 | 入会金　　５，０００円  年会費　　５，０００円 |
|  | **賛助会員（個人）** | 機構の目的に賛同し、支援する個人。 | 入会金　　５，０００円  年会費　　５，０００円 |
|  | **賛助会員（団体・法人）** | 機構の目的に賛同し、支援する任意団体・法人。 | 入会金　２０，０００円  年会費　２０，０００円 |
|  | **協力会員** | 機構の目的に賛同し、支援する介護サービス事業者。  （高齢者施設、ヘルパー・訪問介護事業所などが対象） | 入会金　１０，０００円  年会費　１０，０００円 |

**●申し込み金額**

**・入会金**円　**・年会費**円　　　**金額合計　\**

**・振込先** □　ゆうちょ銀行 ：　郵便振替口座　NO．００９４０－２－１５４４７０

□　近畿労働金庫　本　　店 ：　普通預金口座　NO．６１０３５２２

□　りそな　銀行　玉造支店 ：　普通預金口座　NO．１８９３６２９

※口座名義（いずれの口座も） 特定非営利活動法人　介護保険市民オンブズマン機構大阪