

賛助会員入会申込について（医療機関用）

この度は、「NPO 法人きこえエール新潟」の活動にご賛同くださり誠にありがとうございます。

恐れ入りますが、①～⑥の内容を事務局までお知らせ下さい。メールでいただくと助かります。

または、別紙〈入会申込書〉にご記入の上、事務局にお渡しください。

メールアドレス：kikoe_yell@yahoo.co.jp

件名： 入会申込

本文： ① 医療機関名（ふりがな）

② ご担当者様の氏名（ふりがな）・職名

③ ご担当者様の連絡用メールアドレス

④ ご担当者様の連絡用所在地

⑤ ご担当者様の連絡用電話番号

⑥ 年会費を納入いただいた日、納入いただく予定の日

- ・ 年会費 5,000 円は、事務局にお支払いください。
- ・ 年会費は入会日にかかわらず年度会費となりますので、継続いただく場合は翌年 4 月 1 日以降に次年度分の年会費の納入をお願いしています。
- ・ 後日お支払い希望の方は次の口座にお振込ください。

第四北越銀行 出来島中央支店（店番号 318）

普通預金 口座番号 2091722

特定非営利活動法人きこえエール新潟 理事長 前田智子

恐れ入りますが、振込手数料はご負担ください。

手数料：北越銀行・第四銀行本支店の ATM から（現金・カード）110 円

他行からキャッシュカード利用で 330 円

※手数料は変更になる場合があります。

- ・ お振込の場合、会費納入の領収書は、金融機関での振込依頼書の控え（受取書など）をもって代えさせていただきます。ご了承ください。
- ・ 入会メール送信後 1 週間経っても確認のメールが届かない場合、送信トラブルかもしれませんので、恐れ入りますが担当までお問い合わせください。
- ・ 退会は会員の自由意思で行うことができますので、退会される場合はご連絡ください。

担当：久住由和

kikoe_yell@yahoo.co.jp

Tel 090-7401-6808

提出用（医療機関）

賛助会員入会申込書（医療機関用）

NPO 法人きこえエール新潟 様

貴法人の活動の趣旨に賛同し、入会いたします。

① 医療機関名（ふりがな）
② ご担当者様の氏名（ふりがな）・職名
③ ご担当者様の連絡用メールアドレス
④ ご担当者様の連絡用所在地 〒
⑤ ご担当者様の連絡用電話番号
⑥ 年会費を納入いただいた日、納入いただく予定の日 月 日