

子どもを地域で支える会・筑豊 入会申込書

子どもを地域で支える会・筑豊 世話人代表 山本佳恵 殿

Fax:0948-28-7639

貴会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな
氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 月 日

所 属	名 称			
	職 種		役 職	
	資 格	（※現在の職種に関わらず取得している医療・教育・福祉に関する資格を記入してください。）		
	住 所	〒 _____		
	電 話		FAX	
	mail アドレス			
自 宅	住 所	〒 _____		
	電 話		FAX	
	携帯電話			
	mail アドレス			
入会希望理由（※必須）				

※会の開催日をメールリストにてご案内しています。

※メールリストのご連絡先として、ご希望の連絡先に☑印を付けて選択してください。

所属先の mail アドレスに連絡を希望する

自宅の mail アドレスに連絡を希望する

その他（ _____ ）に希望する

※緊急時のご連絡先として、ご希望の連絡先に☑印を付けて選択してください。

所属先の mail アドレスに連絡を希望する

自宅の mail アドレスに連絡を希望する

その他（ _____ ）に希望する

*空欄がないようにご記入ください。

推薦書（子どもを地域で支える会・筑豊の現会員 1 名に推薦を頂いて下さい。）

上記の者を子どもを地域で支える会・筑豊の会員に推薦致します。

氏 名 : _____ （自署）

年 月 日

子どもを地域で支える会・筑豊
世話人会代表 山本 佳恵 殿

守秘義務誓約書

私は当会の入会にあたり、下記の事項を厳守することをここに誓います。

記

- 1.当会にて知り得た事例等の秘密情報に関し、許可なく、開示、発表、公開、利用、複写、漏洩、業務目的以外での使用はいたしません。
- 2.前項の内容は、入会中はもちろん、退会後も厳守することを約束いたします。
- 3.個人情報保護法の規定を順守し、事例発表で提示する個人情報の取り扱いについては細心の注意を払い、規定の範囲を超えた利用はいたしません。
- 4.故意・過失にかかわらず、上記事項に違反し、秘密情報を漏洩したことにより損害を与えた場合、その全責任を負います。

以上

氏名 _____ (自署) 印