ＦＡＸ　０９２－４８３－３０３７
公益社団法人福岡県社会福祉士会　事務局あて

入会申込書類　請求書

下記のとおり、入会申込書類を請求します。

年　　月　　日

■入会者を推薦・紹介される方（会員）■　※入会者本人が書類を請求される場合は記入不要

1 請求者（推薦者）氏名	フリガナ		会員番号
	漢　字		
2 請求者（推薦者）自宅住所連絡先	〒　　－ 県　　市郡		
	ＴＥＬ　　－　　－ Ｅメール　　@		

■入会される方■

3 入会者氏名	フリガナ		生年月日（いずれかに☑）
	漢　字		☐ 平成５年３月31日以前 ☐ 平成５年４月１日以降★
4 入会者自宅住所連絡先	〒　　－ 県　　市郡		
	ＴＥＬ　　－　　－ Ｅメール　　@		

5 入会申込書類の送付先（いずれかに○）		請求者（推薦・紹介者）あてに送付希望
		入会者あてに直接送付希望

【注】会員が入会者を推薦する際は、必ず事前にご本人の了承を得てください。
【注】住所または勤務先が福岡県内の方しか、福岡県社会福祉士会に入会することができません。

生年月日が★印（平成５年４月１日以降）の方については、「若手入会促進キャンペーン」の対象となり、もれなく次の特典が受けられます。

入会初年度に限り、入会金(5,000円)と年会費(15,000円)が全額免除になります。
この対象者を推薦・紹介した会員には、本会のオリジナルグッズがもらえます。

お問合せ先	公益社団法人福岡県社会福祉士会　事務局 〒812-0011　福岡市博多区博多駅前3-9-12 アイビーコートⅢビル5F TEL　092-483-2944　　FAX　092-483-3037 E-mail　info@facsw.or.jp