

活動支援金申込書

令和 8 年 月 日

公益社団法人日本介護福祉士会
会長 今村 文典 様

ふりがな
ご芳名 _____
ふりがな _____
貴団体名 _____
※個人で申込の方は、団体名は記入不要です。
ご住所 〒 _____

TEL _____
FAX _____
E-mail _____

下記のとおり支援を申し込みます。

記

熊本県介護福祉士会 災害救護活動等に対する支援金	
支援金額	
送金予定日	令和 8 年 月 日
※HP上の公表について	
HP上の公表の可否	☐ 氏名（または名称）および支援金額の公表を希望する ☐ 匿名での公表を希望する
※必ず記入してください。	
預り証 お宛名	
※上記住所と同じ場合は記入不要です。	
預り証 送付先	

お預かりした支援金は、熊本県介護福祉士会が行う災害救護活動等を支援するため、同会へ活動支援金としてお渡しします。

○支援金送金先

金融機関 みずほ銀行（0001）
支 店 新橋支店（130）
口座番号 普通 2641990
口座名義 シャ）ニホンカイゴフクシシカイ
公益社団法人日本介護福祉士会

※支援金は、申込書を当会へ送付後にご送金いただきますようお願いいたします。
※大変恐れ入りますが、振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。

○申込書送付先

E-mail webmaster@jaccw.or.jp
FAX 03-5615-9296
郵送 〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目1番13号 小野水道橋ビル5階
公益社団法人日本介護福祉士会