

## ＜新会員制度についてのご案内＞

平成 28 年 4 月 1 日に日本ノーリフト協会会員制度を改訂いたしました。平成 19 年設立から、個人会員のみで運営しておりましたが、ノーリフトが次世代型介護技術として政府からも紹介され、多くの法人さんからも「ノーリフトは、職場での腰痛予防対策やケアの質にも影響することができる！！スタッフのモチベーションもあがり、最終的には人材不足の解消にも活かすことができる！」と依頼があり、法人（医療や社会福祉法人）も会員に含めました。

今後、都道府県ごとに支部も立ち上げ、ノーリフトに取り組む会員を中心とした地域での連携を進め、ノーリフトケアコミュニティに取り組んでいます。皆様のご入会もお待ちしております！！

### 1. 会 費

入会金 法人 15,000 円（非課税）

年会費 1 口 5,000 円（非課税） ※法人会員は、年会費 2 口以上

法人会員とは、医療・介護関係の事業を行っている法人のことを指し、診療所、訪問看護、大学、学校や障がい者デイケア等も含まれます。

### 2. 申込方法

別紙日本ノーリフト協会個人・法人会員入会申請を提出いただいた後、2 週間以内に事務局より、入会手続き方法を各担当者／個人へ連絡をいたします。

※ 法人様には、請求書の発行を行っております。法人会員申込書をご参照ください。

申請日 年 月 日

## 日本ノーリフト協会 法人会員 入会申請書

※下記内容は登録時にすべて必要となります。毎年 4 月 1 日～3 月 31 日を 1 年とします。

|                              |                                                                            |     |          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 法人名                          |                                                                            |     |          |
| 業種                           |                                                                            |     |          |
| 住所                           | 〒                                                                          |     |          |
| 連絡先                          | TEL                                                                        | FAX |          |
| ご担当者                         | お名前                                                                        | 部署  |          |
|                              | メールアドレス<br>@<br>パソコンからの連絡受理できるアドレスをご登録ください。                                |     |          |
| 年間口数                         | 1 □ 5000 円 × □ (法人会員は年間 2 □ 以上)<br>1 □ につき 1 名特典です。登録スタッフ情報は別紙 1 にご記載ください。 |     |          |
| 開始年度<br>※希望入会年度をご記載<br>ください。 | .....年度 (4 月 1 日～3 月 31 日)                                                 |     |          |
| 入金予定日                        | 法人会員入会金 15000 円 (非課税) 入会金は初年度のみ<br>+ 年会費 1 □ 5000 円 (非課税) × □              |     |          |
|                              | 合計振込金額                                                                     | 円   | ご入金日 月 日 |

※お預かりしました個人情報は、当協会の活動等範囲内（活動報告やお知らせなど）の目的以外には使用いたしません。

※個人会員が法人会員施設に就職した際には、個人会員を脱退し法人会員へ変更可能です。

※次項の登録スタッフとは、口数に応じて会員 ID をお渡し、会員ページでの意見交換やメーリングリストに登録するメールです。なお、登録スタッフ変更は、毎年 4 月となります。

※お申し込み頂きました後、請求書を発行いたしますのでお振込みください。

### 【書類申請&連絡先】

一般社団法人 日本ノーリフト協会 事務局 [noliftcare@gmail.com](mailto:noliftcare@gmail.com)

〒652-0897 神戸市兵庫区駅南通 5 丁目 1-2 健康ライフプラザ 5 階

TEL 078-862-8503 FAX 078-862-8508

### 【事務局欄】

| 申請受付日／担当者  | 受理返信メール日 | 請求書発行 | 入金確認 | 書類発送日         |
|------------|----------|-------|------|---------------|
| 月 日<br>担当者 | 月 日      |       |      | 登録 No.<br>月 日 |

## 日本ノーリフト協会 法人会員スタッフ登録書

会員法人名

年間申し込み口数

□

※1 □ 1 名スタッフ登録です。2 □ の場合はスタッフ 2 名をご登録ください。

2 □ 以上の場合は、この用紙をコピーし右記に用紙枚数をご記載ください。 枚送付

登録スタッフ 1

|             |                                  |      |  |
|-------------|----------------------------------|------|--|
| ふりがな<br>御名前 |                                  |      |  |
| 職 種         |                                  | 生年月日 |  |
| メールアドレス     | @<br>パソコンからの連絡受理できるアドレスをご登録ください。 |      |  |

登録スタッフ 2

|             |                                  |      |  |
|-------------|----------------------------------|------|--|
| ふりがな<br>御名前 |                                  |      |  |
| 職 種         |                                  | 生年月日 |  |
| メールアドレス     | @<br>パソコンからの連絡受理できるアドレスをご登録ください。 |      |  |

\*お預かりしました個人情報、当協会の活動等範囲内（活動報告やお知らせなど）の目的以外には使用いたしません。

\*セミナー等を受講する際は、上記登録スタッフ以外の方も会員価格で受講可能です。

ただし、登録口数のみの会員価格になりますので、それ以上の人数で受講される場合は、非会員価格での受講料が発生しますので、ご了承ください。

（例）登録口数が 2 □ の場合

セミナー受講者が 3 人の場合だと、2 名は会員価格、1 名は一般価格になります。

### 【書類申請&連絡先】

一般社団法人 日本ノーリフト協会 事務局 [noliftcare@gmail.com](mailto:noliftcare@gmail.com)

〒652-0897 神戸市兵庫区駅南通 5 丁目 1-2 健康ライフプラザ 5 階

TEL 078-862-8503 FAX 078-862-8508

### 【事務局欄】

|            |          |       |      |               |
|------------|----------|-------|------|---------------|
| 申請受付日／担当者  | 受理返信メール日 | 請求書発行 | 入金確認 | 書類発送日         |
| 月 日<br>担当者 | 月 日      |       |      | 登録 No.<br>月 日 |