

高知県医療ソーシャルワーカー協会
入 会 申 込 書

高知県医療ソーシャルワーカー協会会則第二章会則規定に基づき、下記の通り入会を申し込みます

年 月 日

フリガナ
氏 名 印

男性 女性 生年月日 年 月 日生

〒
住所

TEL FAX

E-mail

学校名

学部・学科・コース 年

※入会理由(具体的にご記入ください)

※1、理事会にて入会承認の上、結果をお知らせいたします。入会承認連絡後10日以内には、年会費を納入ください。入金確認を経て正式に入会決定といたします。

※2、学校卒業後、退会される場合は別紙退会届を提出下さい。引き続き会員を継続される場合は、お手数ですが当協会事務所へ御連絡下さい。改めての手続きが必要となります。