

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 _____

〒 _____
住所 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

※団体の場合、以下代表者氏名、担当者氏名をご記入下さい

フリガナ _____
代表者氏名 _____

フリガナ _____
担当者氏名 _____

※入会理由、ご意見ご要望等

※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。