

(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

団体賛助会員 入会申込書

団体名	フリガナ	代表者	フリガナ	
所在地	〒 ー	TEL (代表)		
		FAX (代表)		
種別	<input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> リハ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他 ()			
担当者	フリガナ	所属部署名		
			職名	
連絡先	住所	<input type="checkbox"/> 団体所在地に同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 ー		
		TEL	<input type="checkbox"/> 団体代表TELに同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	FAX	<input type="checkbox"/> 団体代表FAXに同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	e-mail			
協会関係	メール送付先	*間違いやすい文字や記号にはフリガナをお願いします <div style="text-align: center;">@</div>		
	協会文書等送付先	<input type="checkbox"/> 団体所在地 <input type="checkbox"/> 連絡先住所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入会希望理由	紹介者名がある場合はご記入ください			

※団体賛助会員用の入会申込書です。
記載内容の漏れ・間違いが無いよう、
再度ご確認ください。

理事会承認		年	月	日
団体賛助会員				
会長	庶務	会員・会計		