

年 月 日

(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

# 入会申込書

(団体賛助会員用)

団体名	フリガナ	代表者	フリガナ
			印
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	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 ( )	
	FAX通信送信先	<input type="checkbox"/> 団体代表FAX <input type="checkbox"/> 連絡先FAX <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		

理事会承認		年	月	日
賛助会員				
会長	庶務	会員・会計		