

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

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	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		

※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