

大分県医療ソーシャルワーカー協会  
賛助会員入会申込書

お申込日	年 月 日	ご担当者お名前	
入会いただける団体又は個人のお名前			
ご住所		お電話番号	( ) -
入会口数	_____口 分入会します	年会費金額	_____円
ホームページへの掲載	希望する・希望しない		
	希望する場合は、掲載する名称を下記にご記入下さい。		

大分県医療ソーシャルワーカー協会  
会長 野上 美智子 殿

当団体（私）は、貴協会の活動の趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

平成 年 月 日

所属先 \_\_\_\_\_

代表者(氏名) \_\_\_\_\_ 印