

送付先：FAX0972-62-8404（大分県医療ソーシャルワーカー協会事務局宛）

一般社団法人 大分県医療ソーシャルワーカー協会

正会員入会申込書

年 月 日

大分県医療ソーシャルワーカー協会長 殿

私は、貴会への入会を申し込みと共に貴会規約を遵守することを誓います。

正会員申込者氏名 _____ (印又はサイン)

<正会員名簿登録用データ> *協会資料は「勤務先」宛に送付します。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
お名前					
勤務先	所属機関名				
	部署名		役職・職名		
	所在地	〒	電話番号		
			FAX番号		
E-Mail					
自宅	所在地	〒	電話番号		
			FAX番号		
			E-Mail		

☆本用紙を提出後、以下の手続きを行って下さい。

①会費納入手続き

会費納入については自動払込となります。

後日申請用紙をお送りしますのでご記入の上事務局へご返信下さい。

②メーリングリスト登録

メーリングリスト登録方法について後日事務局から手順書をお送りします。

※ ①、②の手続きが完了後、正会員登録となります。

事務局記入欄

会員番号