

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会

賛 助 F (団 体) 会 員 入 会 申 込 書

一般社団法人東京都医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

貴協会に入会を申し込みます。

年 月 日

団体代表者	ふりがな									
	氏名									
団体名										
記入者氏名										
団体住所	〒									
	TEL					FAX				
	E-mailアドレス									
団体の事業概要 (パンフレットの添付でも可)										
申し込み口数	口									
理事承認欄										

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会

TEL/FAX 03-5944-8912

FAX 03-5944-9745

※退会に際しては、年度の終了（3月31日）までにお申し出ください。