

賛助会員入会申込書（団体会員）

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様
貴会への入会を、申し込みます。

年 月 日

申込者氏名_____

担当部署

電話_____

團體登録票

入会年度	年度	紹介者	
------	----	-----	--

フリガナ 登録名 (法人名を明記して下さい)	
フリガナ 代表者	
フリガナ 住 所 〒	
電話番号 — —	F A X 番号 — —
URL	e-mail

設立年月	年 月 日
経営主体	
分 野	該当するものに○を付けてください。 医療 保健 福祉 教育 その他（ ）

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会

送付先 〒284-0043 四街道市めいわ3-16-8

医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック 作田麻子

電話 043-309-8261 (代表) FAX 043-309-8262