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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団　体　登　録　票

入会年度	年度	紹介者	

ﾌﾘｶﾞﾅ 登録名 （法人名を明記して下さい）	
ﾌﾘｶﾞﾅ 代表者	
ﾌﾘｶﾞﾅ 住　所 〒	
電話番号　　－　　－	ＦＡＸ番号　　－　　－
URL	e-mail

設立年月	年　　月　　日
経営主体	
分　　野	該当するものに〇を付けてください。 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　〒289-2511　旭市イの１３２６

国保旭中央病院　医療連携福祉相談室　山田竜万

電話　0479-63-8111（代表）　FAX　0479-62-8383（直通）アドレス　swsodan@hospital-asahi.jp