

# 入 会 申 込 書

愛知県精神保健福祉協会の活動ならびに事業活動の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

愛知県精神保健福祉協会長 殿

個 人 会 員	
氏 名	ふりがな
	印
住 所	ふりがな
	〒
	電話:
所 属	
職 名	
所 属 の 所 在 地	〒
	電話:
会 費	1,000円(年額)

(注) 所属に属していない場合は所属以下は記入不要です。