

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、入会を申込みます。

令和 年 月 日

愛知県精神保健福祉協会長 殿

賛 助 会 員	
事業所 又は 団体名	ふりがな
代表者名	ふりがな 印
住 所	ふりがな 〒
担当部署 電 話 : Eメール :
会 費	50,000円(年額)