

入 会 申 込 書

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

平成 年 月 日

愛知県精神保健福祉協会長殿

団 体 会 員	
事業所または 団 体 名	
フリガナ 代 表 者 名	印
フリガナ 住 所	〒 電話 () -
会 費	15,000円(年額)