

# 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会長殿

個 人 会 員	
フリガナ 氏 名	印
フリガナ 住 所	〒  電話 ( ) -
所 属	
職 名	
所属所在地	〒  電話 ( ) -
会 費	1,000円 (年額)