

FAX 番号 03-5939-9603

入 会 願

特定非営利活動法人

精神保健福祉交流促進協会 代表 殿

精神保健福祉交流促進協会の事業目的

「この法人は、精神保健福祉に係わる人々に対して、日々の活動で燃え尽きることがないように、全国の仲間と学びあい語り合える機会を提供し、リフレッシュとエンパワメントを考えた活動を助長し、ひいては精神保健福祉の向上を図ることを目的とする。」に賛同し、協会に会員として入会することを申し込みます。

記入日	平成 年 月 日	種別	正会員 ・ 賛助会員
			入会金なし、年会費 正会員 ¥10,000 賛助会員 1口 ¥1,000 (3口より)
ふりがな 氏 名	_____		

住 所	〒 _____		
	TEL : _____ FAX : _____		
	E-mail : _____		
所 属	_____		
機関紙・ご案内等の送付先住所 (上記住所と同じ場合は省略可)	〒 _____		
	TEL : _____ FAX : _____		
	E-mail : _____		

事務局への連絡等ありましたらご記入願います。

事務局記入欄
(2013/08 版)

受付日 :

会員番号 :

備考 :

事務局 〒115-0045 東京都北区赤羽 2-45-8 ファーストビル赤羽 205
TEL/FAX 03-5939-9603 E-mail ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp