

<入会申込書 兼 FAX送信用紙>

公益社団法人 宮城県精神保健福祉協会 殿

〒981-6117 大崎市古川旭5丁目7-20 宮城県精神保健福祉センター内

FAX : 0229-23-0388

平成 年 月 日

私は、下記のとおり公益社団法人宮城県精神保健福祉協会の会員になることを申し込みます。

記

・個人会員（年間 2,500円）

・団体会員（年間一口5,000円）

申込口数

口

金額

円

（該当する方を○で囲んで下さい。）

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

勤務先 _____ 職名 _____

勤務先住所 〒 _____
