

入 会 申 込 書

(団体会員用)

岐阜県精神保健福祉協会の趣旨に賛同し入会します。

令和 年 月 日

フリガナ
団体名

住 所
〒

フリガナ
代表者氏名

印

フリガナ
担当者氏名

電話番号
Fax 番号

岐阜県精神保健福祉協会長 様