

賛助会員入会申込書

令和 年 月 日

長崎県医療ソーシャルワーカー協会長 様

長崎県医療ソーシャルワーカー協会の規約に賛同し、年会費を添えて入会を申し込みます。

ふりがな			
施設・団体名			
所在地	〒		
電話番号		FAX	
メールアドレス			

ふりがな		所属部署	
連絡担当者		役職名	
電話番号		FAX	
メールアドレス			
備考			

送付先:長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 姉川病院 地域医療福祉連携課 矢野

〒854-0031 諫早市小野島町2378-2 TEL:(0957)24-3180 FAX:(0957)24-3991

E-mail :msw3@anegawa-hp.or.jp

承認印	
協会長	事務局