

一般社団法人 茨城県言語聴覚士会 団体賛助会員 入会申込書

茨城県言語聴覚士会の目的に賛同し、入会します

(記入日) 年 月 日

| | | |
|------------------|-----------------------------------|--|
| 団体名 | かな | |
| | | |
| 住所 (発送物送付先) | 〒 ー | |
| | | |
| | | |
| 連絡先 | TEL | |
| | FAX | |
| | MAIL | |
| 入会金・年会費 | 団体(法人) : 入会金 1,000円 / 年会費 10,000円 | |
| 特記事項 | | |

- ※ 日付は西暦でご記入ください。
- ※ 団体名は名簿に記入されます。名簿記載住所と送付先住所が違う住所をご希望の際には、その旨を特記事項欄にご記載ください。
- ※ 団体でのお申し込みの際は、担当者氏名や所属部署などを特記事項欄にご記載ください。

| | | |
|--------|----|--|
| 事務局処理欄 | 受理 | |
| | 承認 | |



【 送付先 】
 〒310-0034
 茨城県水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館内
 一般社団法人 茨城県言語聴覚士会 事務局