

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