一般社団法人 日本医療福祉サポート協会

代表理事　殿

　私は、一般社団法人 日本医療福祉サポート協会の趣旨に賛同し、ここに入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  | 性　別 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 備　考 |  |

　上記届出者の入会を□許可する。（会員番号：　　　　）

　□却下する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日受理

一般社団法人 日本医療福祉サポート協会

代表理事　林　真弓