

長崎県精神障がい者福祉協会入会届

平成 年 月 日

長崎県精神障がい者福祉協会会長 様

申込者 法人(個人)名 _____

代表者名 _____ 印

住 所 _____

連絡先 _____

貴協会の趣旨に賛同し入会の申込みをいたします。

※いずれかに○印をお願いいたします。

1. 正会員 2. 賛助会員 (個人 ・ 団体)

施設の概要 (該当する箇所のみご記入下さい)

法人名					
代表者	役職		ふりがな 氏名		
主たる事務所の住所	〒 _____				
事業所名					
事業所代表者	役職		ふりがな 氏名		
事業所住所	〒 _____				
事業の種類				定員数	
TEL			FAX		
E-mail			HP		
部 会	第1希望		第2希望		

注1) 事業所代表者欄は、必ずしも事業所長とは限りません。法人が選任する事業所長以外の方でもかまいませんが、あくまで事業所の代表として総会等の議決に参加できる方をご記入下さい。

注2) 部会は①政策 ②研修 ③厚生④総務 のいずれか第1希望、第2希望をご記入下さい。尚、会員の希望数や、無記名の場合もご相談させていただくこともあります。所属部が決まりましたら後日連絡いたします。

※ 諸連絡手段として原則メールでのお知らせとさせていただきます。

不都合がある事業所は事務局までお知らせください。