

入会届

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