入　会　申　込　書

（一社）広島県精神保健福祉協会長　様

貴会の趣旨に賛同し、つぎのとおり申し込みます。

（　希望の番号に○をつけてください）

1.　個人　　2.団体（従業員数 499 人以下）　3.団体（従業員数 500～999 人）

4.　団体（従業員数 1000 人以上）　　5.特別

（ふりがな）

○　個　人　　氏名　　印

住所　〒

（自宅・勤務先）

電話　（　　）　　－

E メールアドレス

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 団体・特別

事業所 又は 団体名

代表者名　　印

住　　所

電　　話　　（　　）　　－

E メールアドレス　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1	個人会員	精神保健に関心のある方はどなたでも	年額 1,000 円
2	団体会員	団体従業員数 499 人以下	年額 5,000 円
3		団体従業員数 500～999 人以下	年額 7,000 円
4		団体従業員数 1000 人以上	年額 8,000 円
5	特別会員	特にこの協会の趣旨に賛同される個人又は団体	年額 18,000 円

平成　　年　　月　　日