



心ゆたかな ふれあい

高知県精神保健福祉協会 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、

令和 年度会費(3,000円)を添えて

入会を申し込みます。

令和 年 月 日

住 所：

所 属：

職 名：

氏 名：

連絡先： 電話

FAX

電子メール

