

**全国児童青年精神科医療施設協議会 個人会員申込書**

フリガナ				性別
氏名				
生年月日	19	年	月	日生
現住所	〒	-		
TEL・FAX	TEL( )	FAX( )		
E-mail				
フリガナ				
勤務先名 (所属先名)				
勤務先所在地 (所属先所在地)	〒	-		
TEL・FAX	TEL( )	FAX( )		
E-mail				
職 種				
送付先 (○印)	1. 現住所	2. 勤務先	申 込 日	平成 年 月 日

・貴協議会の会則および細則に従うことをお約束致します。 申込者署名: \_\_\_\_\_ 印

推 薦 人			
			平成 年 月 日
上記、_____を推薦致します。			
会 員 名 :			印
所 属 施 設 :			