

会員 番号	賛	事務局 長 印	
----------	---	------------	--

入会申込書  
(賛助会員)

年 月 日

公益社団法人 茨城県作業療法士会  
会長 殿

氏名または法人名 \_\_\_\_\_ 印

私は、公益社団法人茨城県作業療法士会に賛助会員として入会したく、申し込みます。

1. 氏名または法人名 \_\_\_\_\_
2. 現住所又は所在地 \_\_\_\_\_
3. 電話番号 \_\_\_\_\_
4. (個人の場合)  
職業 \_\_\_\_\_  
勤務先名称 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
勤務先所在地 \_\_\_\_\_
5. (法人の場合)  
法人代表者名 \_\_\_\_\_

\*年会費の入金確認、理事会での承認を経て、会員として承認致します。

\*万が一入会承認ができない場合は、返還致します。