第27号様式

賛

事務局長　印

会員

番号

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、理事会での承認で経て、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。