

特定非営利活動法人 地域精神医療ネットワーク 賛助会員

— 個人・団体 入会申込書 —

賛助会員として、特定非営利活動法人 地域精神医療ネットワーク を支援します。

年 月 日

ふりがな
氏 名 _____

(又は会社名)

(所属 _____)

〒 _____

住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

メールアドレス _____

特定非営利活動法人 地域精神医療ネットワーク

横浜市金沢区泥亀1-17-20 文庫太平ビル1C

Tel/Fax 045-353-4770