**FAX：03-5366-1058　　E-mail：jaswhc@d3.dion.ne.jp**

申込書送付先

第71回公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会全国 大会事務局

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　組織運営部

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20四谷ヂンゴビル2F TEL:03-5366-1057

**申込期限　：　2023年4月28日（金）**

**第71回公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会全国大会**

**寄付申込書**

第 71 回公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会全国大会

大会長　平田 和広 　殿

申込日 年 月 日

ご芳名または貴社名 印

ご担当部署名

ご担当者名

住 所 〒

電話番号 ＦＡＸ番号

ご担当者 E-mail

第 71 回公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会全国大会の趣旨に賛同し下記の通り寄付いたします

記

１．寄付金額 　　　　口 円　※口数の制限はありません。

２．振込予定日 年 月 日

※ご記入いただきました個人情報の内容に関しては、本大会ならびに日本医療ソーシャルワーカー協会のご案内以外には使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局欄 | 受付日 | 受付番号 | 備考 |