

守ろう 育てよう 心の健康



高知県精神保健福祉協会
入会申込書
(普通会員)

貴会の趣旨に賛同し、
令和 年度会費（3,000円）を添えて
入会を申し込みます。

令和 年 月 日

住所：

所属：

職名：

氏名：

連絡先：
(メール)

【振込先】 高知県精神保健福祉協会
四国銀行 県庁支店
普通預金 0016723

