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

申込書送付先

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：2024年3月31日（日）**

**第72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72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　脇坂　健史　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72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

寄付金額　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　口　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　※口数の制限はありません。

※ご記入頂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。

|  |
| --- |
| ご要望等 |
| 事務局欄 | 受付日 | 受付番号 | 備考 |