#### 申込期限：2022年4月29日（金）

ＦＡＸ： ０３-５３６６-１０５８

e-mail: jaswhc@d3.dion.ne.jp

申し込み先： 第70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

TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

第 70 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 70 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　 西田　紀子　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70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、

下記のとおり寄付いたします。

記

１．寄付金額 円

２．振込予定日 年 月 日

３．振込先 口 座 名：公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会

銀 行 名：みずほ銀行（0001） 四谷支店（036）

口座番号 ：普通預金 8094685

※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 |