

特定非営利活動法人 途上国の精神保健を支えるネットワーク
SUMH 入会申込書

入会申込日： 年 月 日

お名前： _____

送付先ご住所： 自宅 所属先（にレ印をお願いします）

〒 _____

（ご所属機関名）

職種： _____

電話番号 自宅 所属先（にレ印をお願いします）

： _____

FAX 番号 自宅 所属先（にレ印をお願いします）

： _____

E-mail 自宅 所属先（にレ印をお願いします）

： _____

会員種別： _____ 正会員 _____ 賛助会員（どちらかを○で囲んでください）