

「ACT 全国ネットワーク」 入会申込書

申込日	平成 年 月 日	処理欄
下記会員として入会を申し込みます。		
<input type="checkbox"/> 正会員（年間 4,000 円）		
フリガナ		
お名前		
住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()	
TEL		
FAX		
E-MAIL		
ご所属		
職種		

☆ 必要事項をご記入の上、下記の事務局までお送りください。この用紙を FAX していただいても、結構です。また、会費につきましては、以下にお振込みいただけると幸いです。

【会費振込先】

郵便振替

口座番号: 00240-3-85024

口座名称: ACT 全国ネットワーク

ACT 全国ネットワーク 事務局 〒272-0031 千葉県市川市平田3-5-1 トノックスビル2F 特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構 ACT-IPS センター内 TEL: 047-320-3873 FAX: 047-320-3871 E-mail: ai@comhbo.net
--