

「ACT 全国ネットワーク」 一般団体会員 入会申込書

申込日 平成	年	月	日	処理欄
フリガナ				
団体名				
フリガナ				
代表者名				
住所	〒			
TEL				
FAX				
E-MAIL	※窓口になる方のお名前もお書きください。			
アウトリーチ活動の形態	どのような形態でアウトリーチ活動を行っているか、簡単にお書きください。 例：精神科訪問看護ステーション、訪問型生活訓練など			
フィデリティ調査のご希望	該当するほうに○をつけてください。※調査費用は 30,000 円となります。			
	ある		なし	

- ☆ ACT 全国ネットワークの事務局が、直近の ACT 全国ネットワーク幹事会に諮り、承認を得ます。
- ☆ 承認を得た旨を、事務局よりご連絡させていただきます。その際に、会費納入等の手続きについてご案内いたします。

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 担当：久永（ひさなが）

TEL： 047-320-3873 FAX： 047-320-3871 E-mail： ai@comhbo.net