

入会申込書

公益社団法人埼玉県精神保健福祉協会に、入会を申し込みます。

年 月 日

氏名 <small>(団体の場合代表者)</small>		
団体名		
住所		〒
電話番号		
会 員 の 種 類	正 会 員	1. 個人会員 会費 年額 2,000 円
		2. 団体会員
		(ア) 従業員 49 人以下の法人又は事業所 (市) 会費 年額 10,000 円 (イ) 従業員 50 人以上の法人又は事業所 会費 年額 20,000 円 (ウ) 上記以外の団体 (町村) 会費 年額 5,000 円
	3. 特別会員	(ア) 精神科病院 会費 年額 30,000 円
		(イ) 精神科診療所 会費 年額 10,000 円
賛 助 会 員	1. 賛助会員 法人の事業を賛助するための会員。社員総会における議決権はない。	
	(ア) 個人 一口 年額 5,000 円 × _____ 口	
	(イ) 団体 一口 年額 10,000 円 × _____ 口	

◎会員の種類について、希望するものに○をつけてください。

※退会には、退会届の提出が必要です。

退会の意志表明がない限りは、定款第 7 条により会費を納入する義務が発生します。