

庄内町社会福祉協議会 特別会員加入申込書

社会福祉法人庄内町社会福祉協議会事業に賛同し特別会員として加入致します。

所在地	〒	—
事業所名		
代表者名	⑩	
電話番号	—	—
加入口数	口	
年会費金額	円	
担当者氏名		

平成 年 月 日

社会福祉法人庄内町社会福祉協議会

会 長 殿