

↑事務局 FAX 050-3712-8426

東京 PSW 協会 権利擁護ナビ再編版 注文票

申し込み年月日 20 年 月 日

申し込み数 _____ 冊

会員 500 円 / 非会員 700 円

(いずれかに○)

振込金額 _____ 円

連絡欄：

郵便局振り込み控え添付

* 添付がない場合は発送を行えません
のでご注意ください。

* 振込先（郵便振替口座）

00170-2-709591

東京精神保健福祉士協会

連絡を取る際の連絡先をお書き下さい。

お名前 _____ 所属機関 _____

連絡先 TEL・FAX _____

E メール _____

以下、そのまま郵送のラベルになりますので、丁寧にお書き下さい。

送付先がお勤め先であれば、機関名もお書き下さい。

送付先ご住所（送付先機関名）

〒 _____

様