

新潟医療福祉学会

賛助会員入会申込書

送付先：新潟医療福祉学会 事務局 川村宛 (FAX：025-257-4456)

平成 年 月 日

新潟医療福祉学会  
会頭 山本正治 殿

機関・施設  
企業等名

代表者氏名

印

ご担当者様氏名：

ご連絡先：

記

新潟医療福祉学会の趣旨に賛同し、賛助会員として下記の会費を添えて更新致しますので宜しくお願い申し上げます。

賛助会員年会費 \_\_\_\_\_ 円 \_\_\_\_\_ 円

お振込の場合の予定日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当：新潟医療福祉学会事務局  
新潟医療福祉大学総務課 川村  
新潟市北区島見町 1398 番地  
TEL025-257-4455 FAX025-257-4456  
E-Mail：gakkai@nuhw.ac.jp