

会員年会費 家族割引申請書

山形県精神保健福祉士協会 会長 様

山形県精神保健福祉士協会規約第6条に基づき、

私 _____ (甲) は、会員である _____ (乙)

と

(親子 ・ 夫婦 ・ 兄弟姉妹) であり、山形県精神保健福祉士協会年会費の家族割引を申請いたします。

年 月 日

甲 _____ 印

乙 _____ 印

家族割引を受ける場合の条件は、以下の通りです。

- ・ 甲乙の関係が、親子、夫婦、兄弟姉妹のいずれかである。
- ・ 甲乙共に、年会費を各 1,000 円減免する。

甲		乙	
フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名	
自宅住所	〒	自宅住所	〒
電話番号	() -	電話番号	() -
所属機関 所在地	〒	所属機関 所在地	〒
電話番号	() -	電話番号	() -