

↑ 事務局 FAX 03-6233-9624

東京精神保健福祉士協会 東京 PSW 研究 注文票

申し込み年月日 20 年 月 日

東京 PSW 研究 (1 冊 2000 円)

号 冊

号 冊

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