

奈良県医療ソーシャルワーカー協会 会長 殿

賛助会員推薦書

下記の者（団体）は、奈良県医療ソーシャルワーカー協会の趣旨に賛同し、
本会の活動に資するものと認められるため、賛助会員として推薦いたします。

令和 年 月 日

【推薦者】

氏名：

所属：

連絡先：

※正会員であること

記

【被推薦者（個人または団体）】

名称：

代表者名：

所在地：

連絡先：

【推薦理由】

（本会の活動との関係性、協力内容等を具体的に記載してください）

以上