

様式4

エイズ予防サポートネット神戸 入会申込書

エイズ予防サポートネット神戸

会 長 伊地智 昭浩 あて

エイズ予防サポートネット神戸への入会を申し込みます。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）

_____ 印

申込み口数 _____ 口 金額 _____ 円

【会員連絡先】

住 所 (郵送等による連絡先)	〒 _____
担当者名 (氏名)	
所属・役職名	
電 話 番 号	TEL (_____) _____
F A X 番 号	FAX (_____) _____
Eメールアドレス	

お申込・お問合せは・・・

エイズ予防サポートネット神戸

事務局 神戸市保健福祉局予防衛生課

〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5-1 (市役所1号館6階)

Tel : 078-322-6785 / Fax : 078-322-6763