

一般社団法人 日本ALS協会 入会申込書

一般社団法人 日本ALS協会会長様

私(当団体)は、貴会の趣旨に賛同し、次のとおり入会を申し込みます。

年 月 日

フリガナ	
入会者 氏名	男・女
昭和・平成	年 月 日生(歳)

<input type="checkbox"/> 正会員 — 年会費4,000円 (個人のみ、患者・家族は原則として正会員)
<input type="checkbox"/> 賛助会員(個人) — 年会費4,000円×□数 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 賛助会員(団体) — 年会費5,000円×□数 <input type="text"/>

団体の場合	フリガナ
	団体名
	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 担当者

会員区分	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 同居家族	<input type="checkbox"/> 別居家族
	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 一般、その他
	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 医療・保健・福祉関係者	
	* 専門職の場合、科目・職種 ()		

<input type="checkbox"/> 秘匿希望	<input type="checkbox"/> 機関誌の送付を希望しない
-------------------------------	---------------------------------------

住所 (会報等の送付先)	1. 自宅 2. 勤務先 3. その他
	〒 —
	電話番号 — —
	携帯番号 — —
	FAX番号 — —
	Eメールアドレス

* 入会の方が「患者本人」または「家族・親族」の場合はご記入ください	
<input type="checkbox"/> 入会の方が患者本人 ⇨ 家族名	続 柄
<input type="checkbox"/> 入会の方が家族 ⇨ 患者名 または親族	続 柄
患者 生年月日 昭・平 年 月 日生	

勤務先	* 医療・福祉関係者はなるべくご記入ください
業種	* 団体会員の場合はご記入ください

* 当協会に入会されますと、居住地または勤務地の都道府県支部にも属することになります。

《個人情報取り扱いについて》

* この入会申込書にご記入いただいたお名前、住所、電話番号などの情報は、一般社団法人日本ALS協会及びその支部の活動以外の目的で使用することはありません。この入会申込書および個人情報は、一般社団法人日本ALS協会事務局が管理します。

協会 使用欄	(概要)	(会員番号)	(入力日)	(担当者)
-----------	------	--------	-------	-------