FAX 03-3234-9156　　FAX　　＊郵送またはFAXでお送りください

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）	

☐ 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）

☐ 賛助会員（個人）── 年会費4,000円×口数 ☐☐

☐ 賛助会員（団体）── 年会費5,000円×口数 ☐☐

団体の場合	
	フリガナ
	団体名
	フリガナ
	☐ 代表者 ☐ 担当者

会員区分

☐ 患者本人　☐ 同居家族　☐ 別居家族
☐ 親族　☐ 遺族　☐ 一般、その他
☐ 医師　☐ 医療・保健・福祉関係者
＊専門職の場合、科目・職種
（　　）

☐ 秘匿希望　☐ 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

☐ 入会の方が患者本人 ⇨ 家族名
続　柄
患者 生年月日　昭・平　年　月　日生

☐ 入会の方が家族または親族 ⇨ 患者名
続　柄

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。

《個人情報の取り扱いについて》
＊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）・HP	（会員番号）	（入力日）	（担当者）