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

〒　ー

電話番号　ー　ー

携帯番号　ー　ー

FAX番号　ー　ー

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

☐入会の方が家族または親族 ⇨ 患者名

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)