

高次脳機能障害者小金井友の会入会申込書



_____年 _____月 _____日

私は貴会の目的と事業に賛同し、下記により入会を申し込みます。

ご希望に○をして下さい。	会 員	2,000 円 (年額)
	賛助会員	1 口 2,000 円 (口)

<入会者について>

フリガナ 氏名	男 女	職業 (勤務先・学校)
住所 〒		
電話	FAX	
メールアドレス @		
メールマガジン	希望する	希望しない
入会の動機		

<当事者について (ご記入いただける事項のみ) > *プライバシー保護に注意いたします。

入会者との関係	ご本人	家族 ()	その他 ()
フリガナ 氏名	男 女	職業 (勤務先・学校)	
生年月日	年	月	日
発症年月日と原因 (判る範囲で)	入会時 才		
最終退院 (及び最終通院) までの期間 (判る範囲で)			
所属団体			

**会費振込先： ゆうちょ銀行 口座記号 00120-9
口座番号 319067 名義人 高次脳機能障害者小金井友の会**

事務局：〒184-0004 東京都小金井市本町 2-20-9-103 TEL/FAX 042-401-0051

代表 増村 幸子

本申込書が事務局へ FAX 又は郵送され、入金を確認された時点で入会が成立いたします。

※<個人情報について>当会で知り得た個人情報については、取り扱いに厳重に注意し、会の運営や活動以外には利用いたしません。

※赤色の払込取扱票をご利用下さい。送金料は当会負担になります。