

NPO 法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会 事務局 FAX 03 - 5449 - 2362

賛助会員入会申込書

申込日:平成 年 月 日

NPO 法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会 御中

貴協会の趣旨に賛同し、平成20年度会費を添えて入会を申込みします。(個人1口5,000円、
 団体1口50,000円より、団体の方は可能であれば2口からお願いいたします。)

団体(法人)会員	個人会員
貴団体(貴会社)名	ご氏名 年令() 性別(男・女)
ご住所 〒	ご住所 〒
代表者名	TEL
ご担当者名 (ご担当部署・役職名)	FAX
TEL	携帯電話番号
FAX	E-mail
E-mail	申込者は、 1.慢性疾患とともに生きる人 2.慢性疾患とともに生きる人の家族 3.医師 4.看護師 5.薬剤師 6.その他の医療従事者 7.その他() (複数回答可。該当する番号に をつけてください)
ホームページ URL http://	口数 金額 円
口数 金額 円	口数 金額 円

個人情報の取り扱いには十分配慮し、第三者に情報を開示・口外・漏洩することは決してございません。

また、退会時には全ての個人情報は破棄します。