

**返信用**

入会申込書を FAX 又は郵送の上、お振込みください。

**正会員用**

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

## 正会員入会申込書

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。

| 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<br>〒              | ご住所<br>〒  |
| 代表者名                  | TEL   |
| ご担当者名(部署・役職)          | FAX   |
| TEL                   | 携帯電話番号  |
| FAX                   | E-mail  |
| E-mail                | 申込者は、<br>1.慢性疾患とともに生きる人<br>2.慢性疾患とともに生きる人の家族<br>3.医師 4.看護師 5.薬剤師<br>6.その他の医療従事者<br>7.その他( )<br>(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<br>http:// | 金額<br>10,000 円  |
| 金額<br>100,000 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。