

返信用

入会申込書を FAX 又は郵送の上、お振込みください。

賛助会員用

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

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_____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
■貴団体(貴会社)名
■ご住所 〒
■代表者名
■ご担当者名 (ご担当部署・役職名)
■TEL
■FAX
■E-mail
■ホームページ URL http://
■口数 ■金額 口 円

個人会員
■ご氏名 年令() 性別(男・女)
■ご住所 〒
■TEL
■FAX
■携帯電話番号
■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)
■口数 ■金額 口 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。