熊本難病・疾病団体協議会 入会届

記入日 年 月 日

本会の規約を了承の上、入会を申し込みます。住所は 代表者住所／書類送付先／事務局

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者名 |  | 登録料振込日 | ※ | 年 | 月 |  | 日 |
| （ふりがな）患者会名 |  |
| 患者会ホームページ | http:/ |
| 代表者の役職と代表者氏名 | 役職・名称 代表者氏名 |
| 代表者の住所連絡方法 | 〒 | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Tel |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |
| 熊難協への登録役員の氏名等 (幹事のみ可) | 役 職 | 氏 名 |  |  | 住 | 所 |  | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 書類の送付先上記と異なる場合 | 〒 |
|  |
| Tel |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |
| 事務局(ない場合不要) | 〒 |
|  |
| Tel |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |
| 会の設立年月 |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 総会月 | 毎年 月・不定期 |
| 設立目的主要なものを記入 |  |
|  |
|  |
|  |
| 年間の主な行事内容 |  |
|  |
|  |
|  |
| 会費・入会金 |  |  | 入会金（ |  |  | 円） |  |  | 年会費（ |  | 円） |
| 患者ならびに家族の会員数 上記外の会員数 |  |  | 年 |  |  | 月末現在 |  |  | 合計（ | ）人 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

注意：疾患別に記載して下さい。患者本人、家族、支援者（賛同者）