

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アドレス					
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）