

FAX: 025-267-2225

(第1号)

様式)

E-mail: niigata-npo.shien@mbr.nifty.com

NPO 法人新潟難病支援ネットワーク御中

入会申込書

私(当団体)は、貴会の趣旨に賛同し次のとおり入会を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ	
入会者氏名	

団体の場合	フリガナ	
	団体名	
	フリガナ	
	代表者氏名	

正会員 議決権を持つとともに、法人運営上の責任を分かち担う

(個人) 入会金 1 千円 年会費 3 千円

(医療機関) 入会金 5 千円 年会費 5 千円

(団体) 入会金 5 千円 年会費 5 千円

賛助会員 主に資金援助をして、法人運営に協力する

(個人) 入会金無し 年会費 1 千円×口数 口

(団体) 入会金無し 年会費 5 千円×口数 口

(医療機関) 入会金無し 年会費 1 万円×口数 口

(企業) 入会金無し 年会費 1 万円×口数 口

会員区分	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親族知人 <input type="checkbox"/> その他一般 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療・保健・福祉関係者 専門職の場合、科目;職種 ()
------	--

住所 (会報等送付先)	1. 自宅 2. 勤務先 3. その他 〒 (-)
----------------	-----------------------------

TEL(FAX)

Eメール

勤務先 (医療・福祉関係者はなるべくお書き下さい)

業種 (団体会員の場合お書き下さい)

法人使用欄	摘要	会員番号	入力日	担当者

FAX: 025-267-2225

E-mail: niigata-npo.shien@mbr.nifty.com