

FAX : 025-267-2225  
 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。

令和 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