

一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会 入会申込書

年 月 日

代表理事 長谷川幹、細田満和子 殿

会社/団体名

氏名 印

(*法人会員の場合は代表者名)

私は、一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会の趣旨に賛同し、入会申し込みをいたします。
入会後は、一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会の定款および会員規程並びにその他規則を遵守します。

会員の種別	<input type="checkbox"/> 正会員(個人) <input type="checkbox"/> 正会員(団体) <input type="checkbox"/> 賛助会員(個人) <input type="checkbox"/> 賛助会員(団体)
年会費	個人：- <input type="checkbox"/> 3000 円で- <input type="checkbox"/> 以上 団体：- <input type="checkbox"/> 7000 円で- <input type="checkbox"/> 以上

会員氏名(フリガナ) *法人会員は代表者名	
生年月日(西暦)	年 月 日 性別： 男 ・ 女
勤務先名(役職/職種)	
事業内容	
連絡担当者名 (役職/職種)	
連絡先住所&電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 TEL： FAX： 携帯電話：
メールアドレス	アルファベットは、明確にお書きください。
当会を知った手段	<input type="checkbox"/> 紹介(紹介者：) <input type="checkbox"/> 当会 HP <input type="checkbox"/> リンクなど <input type="checkbox"/> パンフレット・新聞 <input type="checkbox"/> その他()
入会の理由	<input type="checkbox"/> 法人の目的に共感し活動に参加するため <input type="checkbox"/> 法人の活動を応援するため <input type="checkbox"/> その他

当会記入欄	受付日	年会費	承認日	会員名簿
-------	-----	-----	-----	------

■送り先：一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会事務局

〒154 - 0002 東京都世田谷区下馬1-40-14 メイプルハイツ1F 世田谷公園前クリニック内

Eメール：care.commu@gmail.com (お申込は PDF または申込の画像をメールでお送りください)

※お問い合わせ：メールでお願い致します。

入会申し込みにおける個人情報の利用目的に関するお知らせ

当会では、個人情報の保護に基づき、入会申し込みに記載の個人情報は会員の特定および関連情報提供を目的として一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会が使用し、本人の許可なく当会外に開示、提供することはありません。

※正会員の場合、理事会承認後、入会となります。承認後にご連絡いたします。