

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

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 御中

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。

※は記入必須 □に✓を入れてください。

※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	<input type="checkbox"/> 個人：- <input type="checkbox"/> 3000円で <input type="checkbox"/> 以上		<input type="checkbox"/> 団体：- <input type="checkbox"/> 7000円で <input type="checkbox"/> 以上	

※会員氏名(フリガナ) *団体会員は代表者名	
生年月日(西暦)	年 月 日 性別： 男 ・ 女
※職種(属性)	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他()
※勤務先名	
※団体の場合、 連絡担当者名	
※連絡先住所&電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 TEL : FAX : 携帯電話 :
※登録されるメールアドレス	メールアドレスは、研修会など情報発信に活用させていただきます。 (携帯電話のメールアドレスは、容量超過で送れない場合があります。)
※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"/> 関連団体リンクなど <input type="checkbox"/> 研修会() <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()

【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。

■入会申し込み送付先

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-Mail : care.commu@gmail.com