

FAX:03-5937-1371

郵便または FAX でお送りください



# NPO 法人 ALS/MND サポートセンター さくら会 入会申込書

NPO法人 ALS/MNDサポートセンター さくら会 理事長 様

私（弊社・弊会）は貴会の趣旨に賛同し、次のとおり入会を申込みます。

年 月 日

フリガナ				
入会者 氏名	男・女			
昭和・平成	年	月	日生（	歳）

法人・団体等の場合	フリガナ
	法人 団体名
	フリガナ
	代表者名

業種
----

住所（ご案内等の送付先）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他
	〒
	電話番号
	FAX 番号
	Eメール

団体会員【A 会員】（正会員） 月会費 2 万円  
会の運営について議決権が有ります。

団体会員【B 会員】 月会費 1 万円  
研修のみの参加を希望する場合に該当します。

<以下、A・B 共通>

- ・第三号研修など、指定のヘルパー養成研修を優先的に受講できます。また、受講料が通常の 50% 割引となります。
- ・初回のみ、「3 か月以上」でお申し込みください。

賛助会員 年会費 3,000 円

会費納入方法

金融機関振込

ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキュウ）店  
口座名：NPO法人サポートセンターさくら会  
（当座）0353595

お手続き予定日 年 月 日

クレジットカード 専用ページです。アクセスのうえ、お手続きをお願いします。

<http://sakura-kai.net/pon/about/sakuragumi>

お手続き予定日 年 月 日

\*ご入金確認後、ご記載住所へ領収証をお送り致します。

会員区分	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 同居家族	<input type="checkbox"/> 別居家族
	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 事業所等	<input type="checkbox"/> その他一般
	<input type="checkbox"/> 研究者	<input type="checkbox"/> 医療・保健・福祉関係者	
	※専門職の場合、科目・職種		
	_____		

後日、記載頂いたご住所へ領収証等をお送りいたします。