

NPO法人難病ネットワーク 正会員 入会申込書

私は、NPO法人難病ネットワークの趣旨に同意し、正会員として入会を申し込みます。
 ※マークは、記入必須

申込日：西暦 年 月 日

フリガナ			
※氏名 [Name]	姓[Last name]	名[First name]	
※生年月日 [Date of birth]	西暦 年 月 日	※性別 [Sex]	男 女
※住 所 [Address]	〒	都・道・府・県	
	住所		
※連絡先 [Contact]	電話番号 [Telephone]	FAX	
	携帯番号 [Phone]		
	災害時緊急	住所等	
		関係	TEL
※携帯アドレス [Cell address]	使用可否 可 否		
※自宅PCアドレス [Mail address]	使用可否 可 否		
※職業 [Occupation]	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 小学生・中学生 <input type="checkbox"/> 高校生・大学 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職		
※小児の方	保護者名		
<input type="checkbox"/> 患者(当事者) <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他(
当会からの連絡について			
<input type="checkbox"/> 携帯メール <input type="checkbox"/> パソコンメール <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> その他()			

※入会届の個人情報は、当会の活動以外の目的には使用いたしません。