

# アレルギー支援ネットワーク入会申込書

申込日 年 月 日

アレルギー支援ネットワーク理事長 坂本 龍雄 様

私はアレルギー支援ネットワーク定款に賛同し、入会を申し込みます。

|             |                              |                               |                               |   |
|-------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 会員の区分       | <input type="checkbox"/> 正会員 | <input type="checkbox"/> 一般会員 | <input type="checkbox"/> 法人会員 | ( <input type="checkbox"/> 団体 / <input type="checkbox"/> 個人 ) |
| フリガナ        |                              | 性別                            | 生年月日 (西暦)                     |   |
| お名前         | 押印<br>略                      | 男<br>女                        | 年 月 日                         |   |
| フリガナ        |                              | e-mail                        | @                             |   |
| ご住所         | 〒 ー<br>都道 市区<br>府県 町村        | U R L                         |                               |   |
|             | 建物名 号など                      | Web 通信                        | 希望する ・ 希望しない                  |   |
| フリガナ        |                              | フリガナ                          |                               |   |
| 御社名・<br>団体名 |                              | ご担当者名                         |                               |   |
| 電話番号        | ( ) ー                        | FAX 番号                        | ( ) ー                         |   |
| 携帯電話        | 0 ー ー                        |                               |                               |   |

緊急連絡先 (ご勤務先など、緊急時に連絡のとれる先をご記入ください)

|             |       |      |  |
|-------------|-------|------|--|
| フリガナ        |       |      |  |
| 御社名・<br>団体名 |       | 部課署名 |  |
| 電話番号        | ( ) ー |      |  |
| FAX 番号      | ( ) ー |      |  |

他のアレルギーの会に入会 (希望) している方はご記入ください (一つのみ)

|                                 |  |  |     |       |     |
|---------------------------------|--|--|-----|-------|-----|
| フリガナ                            |  | 会の代表者名                                   |     |       |     |
| 会の名称                            |  | 会費                                       | 円   |       |     |
|                                 |  | 会則の有無                                    | 有・無 | 会報の有無 | 有・無 |
| ご本人・家族などアレルギーをお持ちの方の状況をお書きください。 |  | 自己紹介、各種免許、趣味・特技などできること、ご意見など<br>ご記入ください。 |     |       |     |

入会金・会費は入会申込時に下記郵便口座宛にお振込みください

口座番号 00840-9-168540

加入者名 認定NPO法人 アレルギー支援ネットワーク

(振込手数料はご負担ください)

入会申込書 FAX 送信先

03-6893-5801