

# 会員入会申込書

申込日 平成 年 月 日

## 愛媛高次脳機能障害者を支援する会「あい」

フリガナ			
入会者氏名			
自宅住所	〒		
T E L		携帯電話	
F A X		Eメール	

フリガナ			
当事者氏名			
現住所	〒		
生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別 男 女
発症・受傷日	昭平	年 月 日	発症・受傷 年 齢 歳
発症・傷病名			
現在の状態			
常時飲んでいる薬			
かかりつけの病院 主治医			
その他			

私は、高次脳機能障害者を支援する会「あい」の会則に同意し会員になることを  
申し込みいたします。（当事者及びその家族が入会できます）

※ 会費の会費振込については（年会費 5,000円）

郵便局 記号番号 16140 -19146371

他金融機関より振込される際は

ゆうちょ銀行（店名）618普通預金（口座番号）1914637

名義 愛媛高次脳機能障がい者を支援する会 あい

※ 入会申込書に記載して頂きました個人情報につきましては、申込以外に使用致しません。