

# 特定非営利活動法人 日本多発性硬化症ネットワーク 入会申込書

特定非営利活動法人 日本多発性硬化症ネットワーク 理事長 殿

申込日 西暦 年 月 日

会員種別	*ご希望の会員種別に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		
	<input type="checkbox"/> 正会員 個人 入会金0円 年会費 1,000円	<input type="checkbox"/> 賛助会員 個人 入会金0円 年会費 10,000円	
フリガナ			
個人の方	お名前		
	ご所属	施設名	部署名 役職名
ご住所 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※いずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください	〒 -		
	TEL: ( ) FAX: ( )		
	E-mail		
事務局へのご連絡が あればお書きください			

※本法人の事業年度は5月1日から翌年の4月30日です。年会費の有効期間は事業年度に準じますのでご注意ください。  
会員有効期間の途中で脱退された場合、会費の払い戻しは致しませんので予めご了承下さい。

お申込方法	この申込用紙にご記入の上、下記の送付先にご郵送かメール添付にてお送りください。
	<p>【送付先】 〒983-8536 仙台市宮城野区福室 1-15-1          東北医科薬科大学医学部脳神経内科学          NPO 法人 日本多発性硬化症ネットワーク事務局 宛          TEL : 022-290-8976          E-mail : info@jmsn.jp</p>

[事務局欄]

受付日	印	案内送付		PC入力	
-----	---	------	--	------	--

ご提供いただきました個人情報は、各種案内等を送付するためにのみ使用し、退会のお申し出とともに破棄いたします（個人情報保護法に基づきます）。