

# 入会申込書

年 月 日

私は、「特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」の活動方針、内容に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別 (○を付けてください)			
	医師・法人会員氏名	ふりがな	
	事業所会員氏名	ふりがな	
	市民団体会員氏名	ふりがな	
	市民会員氏名	ふりがな	
団体名	(市民会員は不要)	職種	(例：医師/市民会員も明記してください)
住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail		ホームペ-ジ	
ホームページに公開する会員名簿への掲載 (いずれかに○をつけてください)			可 ・ 不可

入会の動機または ご紹介者名	ひとことコメント
----------------	----------

## 活動会員入会の手続き

- ① 「入会申込書」に必要事項をご記入のうえ、事務局へ郵送またはFAXで送信してください。

◆ 郵送先 / お問い合わせ 〒112-0014 東京都文京区関口1-19-6 弥助ビル5階  
TEL：03-3235-7906 (10:00~16:00) FAX：03-3235-4880

- ② 入会金・年会費をご確認のうえ、下記口座のいずれかへお振り込みください。

	入会費(円)	年会費(円)	合計(円)	準会員数(人)
<b>団体会員</b>				
法人	5,000	20,000	25,000	4
事業所	3,000	10,000	13,000	2
市民団体	3,000	10,000	13,000	2
<b>個人会員</b>				
医師・歯科医師・薬剤師	4,000	6,000	10,000	
その他 医療系資格者 介護支援専門員・社会福祉士	4,000	4,000	8,000	
介護職	2,000	3,000	5,000	
市民	1,000	3,000	4,000	

- ◆ 振込先 (1) 三菱東京UFJ銀行 野並支店 (店番697) 普通預金口座 0025988  
名義人 特定非営利法人 在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク 会長 苛原実  
振込先 (2) ゆうちょ銀行 記号10080 番号86488031  
名義人 NPO 在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク

注) 振込人欄の先頭には個人名を記載してください。冒頭に法人・団体名を記載されると、振込人の判別ができない場合があります。

- ③ 入金確認後、ID・パスワードを明記した入会手続きの完了通知書を送付させていただきます。