

# 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		ホームページ	
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
----------------	----------

## 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 〒179-0085 東京都練馬区早宮 1-44-30  
TEL : 03-5946-7906 (10:00~16:00) FAX : 03-5946-7906

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。

会員種別	入会金	年会費	合計
医師・法人会員	5,000円	20,000円	25,000円
事業所会員	3,000円	10,000円	13,000円
市民団体会員	3,000円	10,000円	13,000円
市民会員	1,000円	3,000円	4,000円

◆ 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。