# ＮＰＯ法人熊本県難病支援ネットワーク
# 入会申込用紙

貴法人の趣旨に賛同し、（　正会員　・　賛助会員　）として入会を申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

紹介者名（　　）＊当会をご紹介くださった方のお名前をお知らせ願います

| | | | |
|---|---|---|---|
| 会員種別<br>※○印をつけてください | 正会員<br>議決権があります | 1　団体正会員 | 一口　10,000 円（一口以上） |
| | | 2　個人正会員 | 一口　5,000 円（一口以上） |
| | 賛助会員<br>何口でも結構です | 3　団体賛助会員 | 一口　10,000 円（一口以上） |
| | | 4　個人賛助会員 | 一口　1,000 円（一口以上） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| （フリガナ） | ※必須項目です | 性別 | |
| ご氏名 | | □<br>男 | □<br>女 |
| ご連絡先の種類 | ※必須項目です<br>□ご自宅　□ご勤務先または所属先団体 | | |
| 送付先ご住所 | ※必須項目です<br>〒□□□－□□□□　都道府県　区市町村郡 | | |
| | ご勤務先または所属先団体名称<br>（※ご勤務先または所属先に送付する場合のみご記入下さい） | | |
| | ※必須項目です<br>TEL（市外局番からご記入下さい）　FAX（市外局番からご記入下さい） | | |
| | E-mail： | | |
| お問い合わせ申し込み先 | 〒861-8001　熊本県熊本市北区武蔵ヶ丘2丁目16番28号<br>NPO 法人熊本県難病支援ネットワーク<br>電話番号 096-273-8815　FAX 番号　096-369-3080<br>理事長<br>http://kumamotonanbyou-center.org/<br>nanbyo-0555@extra.ocn.ne.jp | | |

| 入会日 | 確認印 | 退会日 | 理由 | 確認印 |
|---|---|---|---|---|
| 年<br>月　日 | | 年<br>月　日 | | |