

熊本難病・疾病団体協議会 入会届

記入日 平成 年 月 日

本会の規約を了承の上、入会を申し込みます。
住所は 代表者住所／書類送付先／事務局

記入者名		登録料振込日	※平成 年 月 日		
(ふりがな) 患者会名					
患者会ホームページ	http:/				
代表者の役職と 代表者氏名	役職・名称		代表者氏名		
代表者の住所	〒 -				
連絡方法	Tel		Fax		
	E-mailアドレス				
熊難協への登録 役員の氏名等 (幹事のみ可)	役職	氏名	住所	電話番号	
書類の送付先 上記と異なる場合	〒				
	Tel		Fax		
事務局 (ない場合不要)	〒				
	Tel		Fax		
会の設立年月	昭和・平成 (いずれかに○印) 年 月		総会月	毎年 月・不定期	
設立目的 主要なものを記入					
年間の主な 行事内容					
会費・入会金	入会金 (円)		年会費 (円)		
患者ならびに 家族の会員数 上記外の会員数	平成 年 月末現在		合計 () 人		

注意：疾患別に記載して下さい。患者本人、家族、支援者（賛同者）