「烏山東風の会」入会申込書

 （申込年月日）20 年 月 日

○「烏山東風の会」への入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  (ﾌﾘｶﾞﾅ）氏名　　　※１ |  |  | (フリガナ） | 続　柄（当事者に対する） |
|  |
|  |  | (フリガナ） | 続　柄（当事者に対する） |
|  |
| 住所※２ | ① | 〒　　　　　　　 | 自宅電話 |
| 携帯電話 |
|  | 〒　　　　　　　 | 自宅電話 |
| 携帯電話 |
| 自宅PCアドレス（PC無い場合は　 携帯ｱﾄﾞﾚｽ）※２ |  |  | 自宅PCでｲﾝﾀｰﾈｯﾄが閲覧可能か | 可・不可 |
|  |  | 可・不可 |
| 当事者(氏　名) | （フリガナ） | (生年月)昭和･平成　　年　　月（性別） 男 ・ 女 |
|  |

　※１＿当事者の家族の方をご記入願います。会報の送付先は、①に記載の方に送ります。
なお。②に記入の方は、緊急時①の方に連絡が取れない場合に行います。

※２＿「住所」及び「自宅ＰＣアドレス」欄で①と②が同じ内容の場合は「同上」とご記入ください。

■送付先：下記のいずれかで送付願います。

１）郵送：烏山東風の会（昭和大学附属烏山病院発達障害者家族会）

　　　　〒157-8577　　　　東京都世田谷区北烏山6-11-11　　　昭和大学附属烏山病院内

**２）メール：**karasuyama20@kochinokai.com**（本用紙に記入後添付ファイルで送付のこと）**

　　　　※＿氏名/住所/自宅PCアドレス等変更ある場合は、送付先に連絡願います。

|  |
| --- |
| **「烏山東風の会」使用欄** |
| 項目 | 年月日 | 処理者氏名 |
| 受理 | 　　　　年　　月　　日 |  |
| 会費受理 | 年　　月　　日 |  |
| 名簿記入 | 年　　月　　日 |  |
|  |  |  |

 **(個人情報は「烏山東風の会」の責任で管理し、会員への連絡以外には使用しません。)**

**（Ver.2）**