一般社団法人　大阪脊髄損傷者協会　入会申込書

記入日: 平成　　年　　月　　日

下の枠内は協会の活動資料になりますので、できるだけ正確に記入してください

賛助入会の方は氏名、住所、電話、生年月日、性別、申込会員種別、職業を記入してください

氏　　名		ふりがな	
住　　所	〒		
電　　話		ＦＡＸ	
携帯番号		性　　別	男　・　女
e－mail			
申込会員種別	□ 正　会　員［年間　7,200 円］ □ 個人賛助会員［年間　1,000 円／一口］（　　口） □ 法人賛助会員［年間　2,000 円／一口］（　　口） （賛助会員の方で連合会機関紙購読を希望される場合は別途 5,000 円必要　□ 希望）		
連絡受取方法	□ メール　　□ 印刷して郵送		
生年月日	明・大・昭・平・西　　年　月　日	申込時年齢	歳
傷病発生日	昭・平・西　　年　月　日	発生時年齢	歳
損傷部位	（ 頚髄 ・胸髄 ・腰髄 ・仙髄馬尾 ）　　番 （ 完全 ・ 不完全 ・ 不明 ）		
損傷原因	事故 ・ 脊髄疾病 ・その他（ ポリオ ・筋ジス ・　　）		
疾病発生原因	（簡単に）		
身障手帳	障害名（身体障害者手帳記載どおりに）	種級	交付年月日 昭・平・西　　年　月　日
治療療養経緯	（主な治療 ・入院歴）		

下の枠内はできれば記入してください。（プライバシー上記入したくない場合は結構です。）

職　　業	疾病発生時		現　　在	
家族構成	・独身　・既婚（被扶養者　　名）		住宅改造等	・未改修・改修済み・予定
医療区分	・国民健保　・企業か共済健保等　・労災保険　・生活保護　・自費			
年金区分	・国民年金　・厚生か共済年金等　・労災年金　・障害者手当等　・無年金			

下の枠内は協会の事務処理欄です

事務記録	入会年月	年　　月	会員番号	大阪　　・ 連合会
手続チェック	①異動記録　②索引　③名簿台帳　④保存　⑤宛名 ／ 会計台帳 ／ 連合会連絡			

協会へのご希望、ご質問、ご意見などは裏面にご記入ください。