

(様式第3号)

公益社団法人 全国脊髄損傷者連合会  
入会申込書

代表理事殿

申込日	令和 年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 賛助	<input type="checkbox"/> 支援
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名		性別	男・女	(才)	
		受傷年月	年 月		
住所	〒  TEL. ( ) — FAX. ( ) — E-Mail:				
以下は任意で記入（いずれかをチェック）してください。					
傷病名	<input type="checkbox"/> 頸損 <input type="checkbox"/> 胸損 <input type="checkbox"/> 腰損 <input type="checkbox"/> 脊髄疾病 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 小児マヒ <input type="checkbox"/> 筋ジス <input type="checkbox"/> その他（ ） ・身障手帳等級（ 級）				
傷病原因	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 労災事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
受給年金	<input type="checkbox"/> 労災傷病 <input type="checkbox"/> 労災障害 <input type="checkbox"/> 障害厚生 <input type="checkbox"/> 障害基礎 <input type="checkbox"/> 障害共済 <input type="checkbox"/> 無年金				
就労状況	<input type="checkbox"/> 勤務している <input type="checkbox"/> 勤務していない				
自動車免許	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない				
(ご意見等)					

【申込者（会員番号 \_\_\_\_\_）の入会を許可致します。】

\_\_\_\_\_ 部 部長 \_\_\_\_\_ 印】