

(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。

\_\_\_\_\_ 支部 支部長 \_\_\_\_\_ 印 】