

**一般社団法人 大阪脊髄損傷者協会 入会申込書**

記入日： 令和      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			F A X		
携 帯 番 号			性 別	男      ・      女	
e - m a i l					
申込会員種別	<input type="checkbox"/> 正 会 員 [年間 3,600 円] <input type="checkbox"/> 個人賛助会員 [年間 1,000 円／一口] (                  □ ) <input type="checkbox"/> 法人賛助会員 [年間 2,000 円／一口] (                  □ ) (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	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 印刷して郵送				
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西                  年      月      日			申込時年齢	歳
傷 病 発 生 日	昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西                  年      月      日			発生時年齢	歳
損 傷 部 位	( 頸髄 ・ 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	<input type="checkbox"/> ①異動記録 <input type="checkbox"/> ②索引 <input type="checkbox"/> ③名簿台帳 <input type="checkbox"/> ④保存 <input type="checkbox"/> ⑤宛名    / <input type="checkbox"/> 会計台帳    / <input type="checkbox"/> 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。