

**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"/> )				
申込会員種別	<input type="checkbox"/> 法人賛助会員 [年間 2,000 円／一口] ( <input type="checkbox"/> )				
	(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 <input type="checkbox"/> 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
傷 病 発 生 日	昭 · 平 · 令 · 西	年	月	日	発生時年齢
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
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。