FAX:052-789-3957

名古屋大学総合保健体育科学センター健康栄養医学研究室内 特定非営利活動法人嚢胞性線維症支援ネットワーク事務局

個人会員



特定非営利活動法人 嚢胞性線維症支援ネットワーク 入会 申込書

申込日 令和 年 月 日 太枠内は必ず記入ください

フリガナ 氏 名										
住所又は居所	f T			鄁∙道•府•県	市・区・町・村					
□勤務先 □ご自宅 * どちらかにチ: クを入れる	ביש									
ご所属	勤務先		部署名	í	没職名					
	TEL	TEL FAX								
	E-mail									
希望する 連絡方法	□E-mail	□E-mail □FAX □郵便 (いずれかにレ点を記入ください)								
会員	員種別	□ 個人 正会員 5,000円/年	□ 学生 正会 2,000円/年		人 賛助会員 00円/年	口 学生 引 2,000P				
(1)正会員:この法人の目的に賛同して入会した運営に携わる個人、学生及び団体。活動の実務を積極的に担うので、総会においては 議決権を有する会員である。 (2)賛助会員:この法人の目的に賛同し援助するために入会した個人、学生及び団体。総会においては議決権を持たない会員である。 ただし、NPO から提供する情報は基本的に正会員と同じである。										
秦 昀性線維	た支援ネット「	フークをどこでお知りに	なられましたか?							
□ 紹介されて			寅を聞いて(の講演)	が届いたので				
□ WEB で検索して □ 本を読んで □ その他 備考 ()										
メッセージ(入会理由・事務局への要望等)										
[事務局欄]										
事務局記入欄	ご請求日	ご入金	:日	ご入金方法						
	御礼状送付	PC A	ħ	会員 NO		備者				

ご提供いただきました個人情報は、各種案内などを送付するためにのみ使用し、退会のお申し出とともに破棄いたします(個人情報保護法に基づきます)。

FAX:052-789-3957

名古屋大学総合保健体育科学センター健康栄養医学研究室内 特定非営利活動法人嚢胞性線維症支援ネットワーク事務局

団体会員

太枠内は必ず記入ください



特定非営利活動法人 嚢胞性線維症支援ネットワーク 入会 申込書

申込日 令和 年 月 日

団体名							業種(役職名	i):		
代表者名							代表者が兼務す連絡責任者	る場合は不要です		
所属住所	Ŧ	〒 都・道・府・県					市・区・町・村			
	部署									
TEL FAX							FAX			
	E-mail									
希望する 連絡方法	□E-mail	□FAX □	1郵便 ((いずれかにレ点	を記入く	ください	v)			
会員の種別										
会員種別		口 団体 正 20,000円		□ 団体 賛助 20,000円/						
	議決権を有っ この法人の	「る会員である。 目的に賛同し援助	するために	携わる個人、学生及 こ入会した個人、学生 に正会員と同じであ	及び団体					
□ 紹介されて(様	フ ークをどこで まからのご紹介) を読んで ロ	□講演	られましたか? を聞いて(備考 (の講演)	□ DM :	が届いたので		
メッセージ(入	.会理由•事務	絡局への要望等	(
事務局	ご請求日 御礼状送付		ご入金日 PC 入力		ご入金 一 会員 I			備考		

ご提供いただきました個人情報は、各種案内などを送付するためにのみ使用し、退会のお申し出とともに破棄いたします(個人情報保護法に基づきます)。