

(様式第1号)

公益社団法人 全国脊髄損傷者連合会
入 会 申 込 書

理 事 長 殿

申 込 日	平成 年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員
フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏 名		性 別	(才)
		受傷年月	昭和 平成 年 月 日
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】