

## 入 会 申 込 書

NPO 法人介護と代替医療を考える会理事長 殿  
貴協会の趣旨に賛同し下記記載の通り入会いたします。

200 年 月 日 記載

会員の種別	1. 正会員（個人） 2. 正会員（団体） 3. 一般会員（個人） 4. 賛助会員（ 口）		
会員の種別で4. 賛助会員を選択いただいた方は回答ください。 → お名前・金額の公開 可 ・ 不可			
氏名（漢字）	ふりがな		
性別	1. 男 2. 女		
生年月日	19 年 月 日		
自宅	〒		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		
所属団体	〒		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		
	団体名 :		
	所属 :		
	役職 :		
	職種 :	業種 :	
連絡先指定	郵便物 :	1. 自宅	2. 所属団体
	TEL・FAX :	1. 自宅	2. 所属団体
	E-mail :	1. 自宅	2. 所属団体
上記以外の所属 (NPO や任意団体等)			
専門分野			
所有資格			
その他コメント			

■ 本協会からの最新の情報や重要なお案内などをお知らせするため、**メーリングリストへの登録**をお願いしております。不要な方はチェックして下さい。 □

■ 記載事項に変更が生じた際は、速やかにお知らせ下さい。

▼お問い合わせ・書類送付先▼

NPO 法人 介護と代替医療を考える会 事務局  
〒572-0038 大阪府寝屋川市池田新町 1-22-1012  
tel.072-826-5262 fax.072-829-5963 [info@abile.co.jp](mailto:info@abile.co.jp)