

(様式第3号)

公益社団法人 全国脊髄損傷者連合会
入 会 申 込 書

代表理事 殿

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