

このページをコピーしてお使いください。

一般社団法人
認知症当事者ネットワークみやぎ 事務局 行

- メール添付の場合：office@denmy.jp
- FAX送信の場合：022-771-1853

FAX：認知症当事者
ネットワークみやぎ
022-771-1853

一般社団法人 認知症当事者ネットワークみやぎ

入 会 申 込 書

本申込書を受領後、事務局よりご連絡をいたします。

申 込 日	令和 年 月 日			
会員種別 いずれかに ○をして ください	種 別	↓この欄に「○」をつけてください。		
	正 会 員		個人	この法人の目的に賛同して入会した個人又は団体
			団体	
	賛助会員		個人	この法人の事業を賛助するために入会した個人又は団体 ※団体（賛助会員）は、10口以上でお願いいたします。
		団体		
所 属 (自由記載)				
ふ り が な お 名 前 生年月日等	(ふりがな)			
	※団体の場合は、団体名と役職・代表者のお名前をご記入ください。			
	生 年 月 日 ※個人の場合、ご記入ください。	年	月	日
	性 別 ※○をつけてください。	男 ・ 女		
入会を希望 する理由				
住 所	〒			
ご連絡方法	※ご連絡には、できるだけ電子メールを使用いたします。			
	電子メール			
	電 話 番 号			
	FAX 番 号			

個人情報は、個人情報保護に関する法令およびその他の規範を遵守し、適切に取扱います。