

FAXの場合 075-205-5104

A



← オンライン入会申込書
http://www.alzheimer.or.jp/?page_id=744

公益社団法人 認知症の人と家族の会

入会申込書

ホームページからも申し込みます。

個人正会員

下記のとおり入会を申し込みます。(ノボールペンではっきりと)

記入日 年 月 日

申込者	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	(歳)
	電話番号	()		
	E-mail	@		
	住所	〒	都・道 府・県	区・市 町・村
	(自宅・勤務先)			
職業/勤務先名				
状況	①現役介護家族 ②元介護家族 ③本人(認知症の人) ④その他(①②③以外)			

認知症の人	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	続柄	(同居・別居)		
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	(歳)
	※上記の欄は、申込者が「本人」の場合は、主に支えてもらっている人のことを記入してください。			
	症状に気づいた時期	昭・平	年 月	(歳) ごろ
	認知症と診断された時期	昭・平	年 月	(歳) ごろ
	受診機関	●医療機関名 () → 内科・精神科・老年科・神経内科・その他 ●診断名→アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症 ・レビー小体型認知症・前頭側頭型認知症 その他 ()		
	介護保険	①自立 ②要支援(1・2) ③要介護(1・2・3・4・5) ④認定を受けていない		
	サービス利用の状況 (該当項目にV印又は記載のこと)	1. 自宅(利用しているサービス) <input type="checkbox"/> デイケア・デイサービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> サービスは利用していない <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2. 入院・入所 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> グループホーム (病院・施設名:)		
当会を何で知りましたか	<input type="checkbox"/> 入会案内 <input type="checkbox"/> 当会HP <input type="checkbox"/> 会報「ほ〜れほ〜れ」 <input type="checkbox"/> 当会ポスター <input type="checkbox"/> 当会講演会等 <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他 ()			

入会の動機、生活や介護でお困りの事、その他自由にご記入ください。

自由欄

自由欄に記載された内容を個人が特定されない形で会報やHPに掲載することがあります。掲載に対してどちらかに○をつけてください。

掲載可 ・ 掲載不可

※ご記入後、FAXか郵送で、本部事務局(FAX.075-205-5104)へお送りください。
※書ききれない場合は、便せんを書いて同封してください。
※これらの情報は「家族の会」の趣旨に添った目的以外に使用することはありません。

のりしろ

☆

のりしろ

キリトリ

FAX または 郵送

郵便局

B

新規入会専用

※継続会費の振込は利用しないこととなります。

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

キリトリ

00	大阪	払込取扱票	
口座記号番号		金額	
01050	3	千 百 十 万 千 百 十 円	5 0 0 0
加入者名	(社)「家族の会」		料金
通	新規入会希望 個人会員(年会費 5,000円)		備考
信	20 年度会費		都道府県 都・道 (所属支部) 府・県
欄	状況 <input type="checkbox"/> ①現役介護家族 (該当するもの) <input type="checkbox"/> ②元介護家族 <input type="checkbox"/> ③本人(認知症の人) <input type="checkbox"/> ④その他(①②③以外)		入金確認後、4月号からの会報バックナンバーなどをお送りします。年会費は、4月1日から翌年3月31日までの1年間です。
ご依頼人	※(フリガナ) ※(氏名)		*郵便振替手数料が別途必要となります。
	※(住所) 〒		日 附 印
	(電話番号 - -)		

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号京第1069号)
これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	01050	3
加入者名	(社)「家族の会」	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円	5 0 0 0
ご依頼人	※	
料金	(消費税込み) 日 附 印	
備考		

この受領証は、大切に保管してください。

切り取らないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押しつけてください。