

(様式第3号)

入会申込書

京都府支部 支部長殿

申込日	令和 年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 支部会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員(本部) <input type="checkbox"/> 賛助会員(支部)
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない
		受傷年月	年 月
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メール	@		
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		
支部の活動	<input type="checkbox"/> 積極的に関わりたい <input type="checkbox"/> 都合が付けば関わりたい <input type="checkbox"/> 情報提供をお願いしたい		
(ご意見等)			

※一般会員・・・公益社団法人全国脊髄損傷者連合会と京都府支部に所属する

※支部会員・・・全国脊髄損傷者連合会 京都府支部のみ所属する

※賛助会員・・・障害はないが、ともに活動したい方