

(様式第1号)

公益社団法人 全国脊髄損傷者連合会

## 入会申込書

理事長 殿

申込日	令和 年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員	
フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
氏名		性別		( 才)
		受傷年月	昭和 平成 令和 年 月 日	
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】