賛助会員(団体・法人) 申込書

西暦　　年　　月　　日

特定非営利活動法人 筋無力症患者会理事長殿

特定非営利活動法人 筋無力症患者の賛助会員に申し込みます。

（　フリガナ　） 団体名・社名・氏名			
代表者又は責任者	(役職名) (氏　名)		
所在地又は住所	〒		
賛助会費		賛助会費　(年額)	加入口数・賛助会費額
	団体会員	１口　１０，０００円	口　円
	法人会員	１口　１０，０００円	口　円
		１口　円	口　円
入会年月	平成　年　月		
担当者 （連絡先）	(部署名及び役職名)　(TEL) (氏　名)　(FAX) (E-mail)		
会費請求書送付先	□上記住所の 「代表者又は責任者」 役職名あて送付 □上記住所の 「担当者」 役職名あて送付 □その他 （　）		
会報等送付先	□上記住所の 「代表者又は責任者」 役職名あて送付 □上記住所の 「担当者」役職名あて送付 □その他 （　）		

当会では、お客様の個人情報を厳重に管理しておりますので外部に開示することは一切ございません。

(当会記載欄)

地区記載欄	本部記載欄	事務局長	担当
	(会員番号)		