**一般社団法人　日本認知症本人ワーキンググループ**

**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** | 　　　　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** |  | A:本法人の目的に賛同する**「認知症の本人である個人」** |
|  | B:本法人の目的に賛同する**「認知症の本人である活動団体」** |
|  | C:本法人の目的に賛同し、**「認知症の本人の社会参画・活動を支援し、ともに活動する個人」** |
|  | D:本法人の目的に賛同し、**「認知症の本人の社会参画・活動を支援し、ともに活動する団体」** |
| **賛助****会員** |  | E:本法人の事業を援助する個人 |
|  | F:本法人の事業を援助する法人・団体 |
| **生年月日等** | ※団体の場合は、団体名と代表者のお名前をご記入ください。 |
| 　　年　　　月　　　日 | 性別 |  |
| **入会希望理由****必ずご記入****ください** |  |
| **住所** | 〒 |
| **ご連絡****方法** | **※ご希望の方法を記入してください。事務連絡に使用します。** |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メール |  |