**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 | |  | | | |