

## J R P S 入会申込書・誓約書

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

生年月日 年 月 日 性別 男性・女性

住所 〒

電話番号 E-mail

お申込者の属性 | 当てはまる項目に○をつけてください

- A. 患者本人
- B. 患者家族（続柄 / 患者さんの年齢・性別： 歳 男性・女性）
- C. 支援者（J R P S の活動をサポート・ご支援いただける方）
- D. 医療関係者（研究・治療に従事する方、患者のリハビリテーション・カウンセリング、自立促進用具の研究または実施・製作に従事する方）

※C、Dについては、団体加入も可能です

お送りする協会誌の形式 | 希望するもの **1 つ** に○をつけてください

※複数お選びいただけますが、**1 形式につき年額 2000 円が加算となります**

1. 墨字版（A 4 サイズの冊子） / 2. デイジー版（CD） / 3. 点字版
4. メール版 \*メール版をご希望の方は受信するメールアドレスをご記入ください

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

4 の場合、PDF 版を 希望する・希望しない（どちらかに○をつけてください）

お住まいの地域協会への通知 | は  不要

（都道府県協会からの各種情報提供を望まない方は  にチェックを入れて下さい）

入会に際しての誓約

公益社団法人日本網膜色素変性症協会 理事長 殿

入会のうえは、貴法人の定款及び諸規程を遵守し、代議員会及び理事会の決定に従います。別紙「反社会的勢力条項」を確認し、確約します。また、入会申込書に記載した個人情報を貴法人・地域協会（お住まいの地域協会への通知は不要にチェックした方は除きます）が利用することに同意します。

署名または記名押印 \_\_\_\_\_ 印

—別紙—

## J R P S 入会にあたりご確認いただきたいこと

■反社会的勢力に属する方は入会をお断りいたします。下記条項をお読みいただいたうえで、入会申込書・誓約書に署名または記名押印してください。

- 1、入会するにあたり私は、暴力団、暴力団員、暴力団準構成員、暴力団関係者、総会屋その他の反社会的勢力（以下、まとめて「反社会的勢力」という）のいずれでもなく、また、反社会的勢力が私に実質的に関与していないことを表明し、かつ、将来にわたっても該当しないことを確約します。
- 2、私が前項の確約に反した場合には、公益社団法人日本網膜色素変性症協会（以下「本協会」という。）の会員資格を剥奪されても一切の異議を申し立てしません。
- 3、前項により会員資格を剥奪された場合は、私は、会員資格喪失により生じる損害について、本協会に対し一切の請求は行いません。

**この紙面はお手元に保管してください。また、お送りいただく「入会申込書・誓約書」は必要がある場合はコピーをとってお手元に保管してください。**

### 入会申込書・誓約書の郵送先

切り取って封筒に貼っていただくと簡単です。勝手ながら切手をお貼りいただきますようお願い申し上げます。

〒140-0013  
東京都品川区南大井 2-7-9  
アミューズKビル 4 階  
公益社団法人  
日本網膜色素変性症協会  
入会申込係 行き