

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（A4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。

〒102-0072
東京都千代田区飯田橋 2-4-10
加島ビル 3 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