**ＪＲＰＳ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 　当てはまる項目に〇をつけてください

　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（ＪＲＰＳ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**に〇をつけてください

**※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（どちらかに〇をつけてください）

 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・本紙裏面「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

**反社会的勢力条項**

■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、表面の入会申込書・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。

|  |
| --- |
| **アンケートにご協力をお願いします**該当する項目に○印にてご回答願います。【JRPSをどちらでお知りになりましたか？】a. 医療機関などのパンフレットb. かかりつけ医もしくは、視能訓練士からの案内c. 行政（保健所など含め）での案内d. 知人からe. その他（ 　　　　）【入会を希望した理由をお聞かせください】a. 同じ病気の方々との交流b. 治療方法や研究の情報収集c. 日常生活用具や福祉支援などの制度の情報収集d. その他（　　　　　 ） |

**⼊会申込書・誓約書の郵送先**

　下記の囲みの郵送先を、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**