

福岡県脊髄損傷者連合会 入会申込書

(No. _____)

社団法人 全国脊髄損傷者連合会
福岡県支部 御中

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
氏 名

(生年月日)
_____ 年 _____ 月 _____ 日
男 女 (才)

(受傷年月) _____ 年 _____ 月

住 所

〒 _____
福岡県

電話番号 & FAX
E-mail

申込会員
種別

[正会員] [賛助会員] A B C (賛助会員の申込用紙別紙あり)

傷病名

頸損 胸損 腰損 脊髄疾病 ポリオ 小児マヒ 筋ジス
その他(_____)
身障手帳等級 [_____ 級]

受傷原因

疾病 労災事故 交通事故 その他(_____)

受給する年
金

国民年金 厚生共済年金等 労災年金 無年金

治療療養
経緯

(主な治療・入院歴)

自動車運転免許を

[持っている]

[持っていない]

職 業

[勤務している]

[無職]

(ご意見)

※以上記入の上、入会を申し込みます。

紹介者氏名

(送信先) 福岡県脊髄損傷者連合会・事務所 FAX:092-592-4528