

兵庫県精神医療人権センター 入会申込書(個人用)

申込書記入日 20 年 月 日

※希望する会員種別のどちらか一方に○をつけてください

	正会員 年会費:¥2,000 (障害者)¥1,000		賛助会員 年会費:1口¥2,000 (障害者)1口¥1,000	
ふりがな				
氏名				
住所	〒 _____			
連絡先	電話		E-mail	
お立場	<input type="checkbox"/> 精神障害当事者 <input type="checkbox"/> 精神障害当事者の家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他()			
職業		勤務先		
よろしければ 人権センターへの メッセージを お願いします				
*事務局記入欄 (記入不要)	事務局受付	20 年 月 日	会費納入日	20 年 月 日
	入会日	20 年 月 日	会員番号	

太枠内をご記入の上、下記まで郵送またはFAX送信ください

〒653-0036 神戸市長田区腕塚町9丁目6-6 FAX:078-612-0876
 兵庫県精神医療人権センター 事務局