

一般社団法人 障がい者生涯支援機構 入会申込書

入会をご希望の方は会員規約及び個人情報の取扱に同意の上、下記必要事項を記入して当法人までメールまたはFAXまたは郵送でお送りください。

申込日 西暦 年 月 日

一般社団法人 障がい者生涯支援機構 御中

貴法人の会員として入会いたしたく、入会申込書を提出いたします。

入会承認の際には、年会費を遅延なく納入し、法令・定款・規約を遵守することを誓約いたします。

お申し込みされる会員プランにチェックをしてください。

維持会員に関しましては、1口100,000円～となっております、ご希望の金額を記入ください。

運営事務局使用欄	
受理日	
会員No	

No.	会員種別		会費区分	会費	説明	
<input type="checkbox"/> 1	一般会員	個人	SNとその家族	年間	3,300円	Special Needsご本人か、その家族で生計を同一とし、同居する方
<input type="checkbox"/> 2			年間	5,500円	Special Needsとその家族をサポートして下さる方	
<input type="checkbox"/> 3		法人・団体	SNとその家族以外	月額	55,000円	法人・団体で入会し月額払いを希望する場合
<input type="checkbox"/> 4				年間	550,000円	法人・団体で入会し年額払いを希望する場合
<input type="checkbox"/> 5	個人	Silver PLAN	年間	10,000円	通常の会員費よりも多大なるご支援をして下さる個人	
<input type="checkbox"/> 6				Gold PLAN		30,000円
<input type="checkbox"/> 7				Platinum PLAN		50,000円
<input type="checkbox"/> 8	維持会員	個人	-	年間		本活動を維持する目的で入会・寄付して下さる方。¥100,000~/1口/年
<input type="checkbox"/> 9	法人・団体	-	-	-		

個人会員 にお申込みの方はこちらでご記入ください

ふりがな				性別	・男性 ・女性 ・未回答
名前					
ふりがな					
住所	〒	都 道	市		
		府 県	区		
	番地	建物名			
エリア	北海道 ・ 東北 ・ 関東 ・ 中部 ・ 近畿 ・ 中国 ・ 四国 ・ 九州沖縄				
電話番号			携帯番号		
生年月日	西暦	年	月	日	FAX
Email	@				

法人・団体会員 にお申込みの方はこちらにご記入ください

ふりがな				部署	
法人・団体名					
ふりがな					
所在地	〒	都 道	市		
		府 県	区		
	番地	建物名			
エリア	北海道 ・ 東北 ・ 関東 ・ 中部 ・ 近畿 ・ 中国 ・ 四国 ・ 九州沖縄				
電話番号			企業Webサイト		
ふりがな			ふりがな		
担当者1			担当者2		
直通番号			FAX		
Email	@				

アンケート

当支援機構を知ったきっかけはなんですか？	知人や家族からの紹介 ・ ホームページ ・ SNS ・ Web広告 ・ チラシ ・ ポスター ・ その他
----------------------	--

会員種別No.1 一般会員【個人】SNとその家族 へ入会される方は、各種手帳や受給者証または診断書のコピーを添付してください。

なお、いただいた書類は会員登録の目的以外で使用しないことをお約束いたします。



一般社団法人 障がい者生涯支援機構
SPECIAL NEEDS SUPPORT

FAX : 03 - 6825 - 8035

Mail : sns-o-jimukyoku@shougaisha-shien.or.jp