

NPO法人 高次脳機能障害友の会 みずほ 入会申込書 正会員用

申し込み日 年 月 日

お名前	(フリガナ)	生年月日：昭・平 年 月 日			
		年齢	歳	性別	男・女
ご住所(所属先) 〒					
電話番号:			携帯番号:		
受傷年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)					
受傷・発症事由:					
ご家族 の お名前	続柄( )		続柄( )		
	続柄( )		続柄( )		
通信欄(書類送付先、住所、氏名等を別にする場合はご記入ください)					