

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本クリニックラウン協会 入会申込書

※ご希望の会員種別の番号に○をしてください。

- 1 活動会員 個人 (5,000 円/年)
- 2 活動会員 団体 (30,000 円/年)
- 3 賛助会員 個人 (2,000 円/口) 1口 2,000 円～
- 4 賛助会員 団体 (10,000 円/口) 1口 10,000 円～

ご氏名 (団体の場合は、団体名と代表者名をお書きください。)

(フリガナ)

ご住所

〒

電話番号・ファックス番号

TEL:

FAX:

携帯:

メールアドレス

@

※当協会のどのようなことにご興味がありますか。

- ① クリニクラウンについて
- ② 病気の子どもたちを支える活動について
- ③ その他

()