

認知症フレンドシップクラブメンバー登録申込

申込月日	年 月 日	※発行会員番号：
ふりがな お名前		
性別	男性 ・ 女性	※事務局記入欄
生年月日	年 月 日	
性別	歳	
職業		
所属		
住所	〒 ー	
電話番号	[ご自宅] [携帯電話]	
メールアドレス	[ご自宅] [携帯電話]	

通信欄（何かございましたらご記入ください）

上記の各欄にご記入の上，【ファックス】または【メール(e-mail)】で，認知症フレンドシップクラブ事務局までお送りください。会費は，下記の口座へお振込みください。

ファックスの場合 ファックス番号：03-4333-0405

メールの場合 メールアドレス：info@dfc.or.jp

<会費>

年額 3,000 円 ※初年度は入会月により金額が以下のように異なります

4～7 月ご入会:3,000 円, 8～11 月ご入会:2,000 円, 12～3 月ご入会:1,000 円

<振込先>

ゆうちょ銀行：九〇八支店／普通／(口座番号)4317094／(加入者名)認知症フレンドシップクラブ

お知らせいただいた個人情報に関しましては，個人情報の保護に適用される法令およびその他の規範を遵守し，適切な保管・管理を行ってまいります。