

入会申込書

公益社団法人全日本断酒連盟 理事長殿
 一般社団法人大阪府断酒会 代表理事殿

私は断酒会の趣旨に賛同し入会いたします。

| | | | |
|--|--|--------------------------|--|
| 地域断酒会名 | | (入会日) 平成 年 月 日 | |
| (ふりがな) | 性別 | (申込者) | |
| (氏名) | 男 | 本人・家族・その他() | |
| | 女 | (生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日 | |
| (住所) 〒 | | | |
| | | | |
| (電話番号) | | (ファクス番号) | |
| 家族構成 | 単身 (同居者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 既婚 (同居者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) | | |
| (地域断酒会記入欄) | | (その他記述) | |
| 入会の経緯 <input type="checkbox"/> 1. 専門病院の紹介 (病院名:) <input type="checkbox"/> 2. 専門病院で知り自分で入会 <input type="checkbox"/> 3. 一般病院の紹介 (病院名:) <input type="checkbox"/> 4. 専門クリニックの紹介 (クリニック名:) <input type="checkbox"/> 5. 行政・保健センターの情報 <input type="checkbox"/> 6. 断酒会情報(パンフ・機関紙・HP) <input type="checkbox"/> 7. 知人・同僚・家族等 <input type="checkbox"/> 8. その他 | | | |
| 記入者名 | | 受付日(記入日) 平成 年 月 日 | |