公益社団法人日本脳卒中協会　入会申込書

（正・賛助・購読）会員として（　　）口、日本脳卒中協会に入会を申し込みます。

氏　名 または法人名	
住　所	〒 電話：　　FAX： Eメール：

※参考までにお伺いいたします。該当するものに○をしてください。

1）脳卒中患者　　2）家族　　3）医療従事者　　4）行政関係者　　5）福祉関係者

6）一般市民　　7）患者会　8）医療機関　9）会社　10)その他

※ほかに、脳卒中患者会の会員の方は患者会名とその連絡先をご記入ください。

名称：　　連絡先：

公益社団法人　日本脳卒中協会

〒545-0052　大阪市阿倍野区阿倍野筋 1-3-15 共同ビル 4 階

電話　06-6629-7378　FAX　06-6629-7377　info@jsa-web.org

◎ 年会費やご寄付の入金先

郵便振替：00910-2-75255　公益社団法人 日本脳卒中協会

■ 正会員　年会費 1 口 5,000 円

積極的に日本脳卒中協会の活動を推進していただく会員です。総会における議決権があります。年会費は、会員に提供されるサービス（会報、体験記入選作品集、脳卒中市民シンポジウムの新聞紙面採録別刷り・講演録小冊子、脳卒中週間ポスター、日本脳卒中協会監修の脳卒中に関するパンフレットなどの郵送）の経費に加えて、事業費・事務局運営費にあてられます。

■ 購読会員　年会費 1 口 2,000 円

発行物の購読を目的とされる会員です。総会における議決権を持たず、年会費は上記印刷物の制作費・郵送費にあてられます。ほかに各地の脳卒中患者会に入会されている方の購読会員年会費は半額にさせていただきます。お問い合わせください。

■ 賛助会員　年会費 1 口 50,000 円

日本脳卒中協会の活動を資金面においてご支援いただくことを目的とされる会員で、1 口 5 万円の年会費をご負担いただいております。