

福岡県脊髄損傷者連合会 入会申込書

公益社団法人全国脊髄損傷者連合会
福岡県支部 支部長殿

申込日	令和 年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員A・B・C
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない
		受傷年月	年 月
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メール	@		
以下は任意ですが、出来るだけ記入いただきますようお願いします。			
傷病名	<input type="checkbox"/> 頸損 <input type="checkbox"/> 胸損 <input type="checkbox"/> 腰損 <input type="checkbox"/> 脊髄疾病 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 小児マヒ <input type="checkbox"/> 筋ジス <input type="checkbox"/> その他 () ・身障手帳等級 (級)		
傷病原因	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 労災事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受給年金	<input type="checkbox"/> 労災傷病 <input type="checkbox"/> 労災障害 <input type="checkbox"/> 障害厚生 <input type="checkbox"/> 障害基礎 <input type="checkbox"/> 障害共済 <input type="checkbox"/> 無年金		
治療療養経緯	(主な治療・入院歴)		
就労状況	<input type="checkbox"/> 勤務している <input type="checkbox"/> 勤務していない		
自動車免許	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない		
(ご意見等)			