**FAX：０５６２－９３－２０１３**

**E-mail**：ishoku14@fujita-hu.ac.jp

AODA事務局行き（藤田保健衛生大学病院移植医療支援室内）

**入会申込書**

* 正会員

|  |  |
| --- | --- |
| よみがな |  |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒　　　　－ |
| 勤務先\* |  |
| ℡ | －　　　　　　－ |
| E-mail | ＠ |
| 性別 | * 男性　　　　□　　女性 |
| 移植医療との関連 | * 医療従事者　□　移植者　□　提供者／家族 * 一般　□　その他（　　　　　　　　　　　） |

　\*医療従事者の方は、勤務先をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。

* 施設会員

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 |  |
| お名前のよみがな |  |
| ご担当者の所属と お名前 |  |
| ご住所 | 〒　　　　－ |
| ℡ | －　　　　　　－ |
| E-mail | ＠ |
| 移植医療との関連 | * 医療関係　　□　その他（　　　　　　　　　） |

* 賛助会員

|  |  |
| --- | --- |
| 団体・個人の名称 |  |
| お名前のよみがな |  |
| ご担当者の所属と お名前 |  |
| ご住所 | 〒　　　　－ |
| ℡ | －　　　　　　－ |
| E-mail | ＠ |
| 移植医療との関連 | * 医療関係　　□　その他（　　　　　　　　　） |

ご意見・ご要望があればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |

* + 個人情報の取り扱いについて：会員の個人情報は事務局にて厳重に保管し、AODAの活動に関する連絡に用いる以外の用途には利用いたしません。
  + 正会員・施設会員・賛助会員ご希望の方には、総会開催のご案内をお送り　　　いたします。
  + 会費のお振り込みについては別途ご連絡させていただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 正会員（個人） | 施設会員（団体） | 賛助会員（団体） |
| 入会金 | 2,000円 | 10,000円 | 50,000円 |
| 年会費 | 1,000円 | 5,000円 | 30,000円 |