**入 会 申 込 書 （ 賛　助 会 員 ）**

特定非営利活動法人Medical PLAY

貴法人の趣旨に賛同し，入会を申し込みます.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |
| ふりがな |  | 年　　月　　日 |
| 勤　務　先 | 名　称 | (所属) |
| 所在地 | （〒　　　　　） |
| 自宅住所 | （〒　　　　　） |
| E-mail |  |
| 申込年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入会申込書送付先アドレス | medical-play-main@medicalplay.or.jp |
| 会費振込先（振込口座番号） | 振 込 先：住信SBIネット銀行法人第一支店（106）口座番号：普通　1 7 2 9 7 8 5口 座 名：特定非営利活動法人Medical PLAY |

入会金の支払いをもって，入会とする．

※ただし，1月以降の入会の場合，年会費は次年度からの徴収とする．

＜個人情報の取り扱いに関して＞

法人運営，連絡事項，緊急時の安否確認やこれに付随する業務を行うため，会員名簿として情報収集を行います．目的の範囲内で利用し，それ以外の目的に利用することはありません．