FAX： 053-424-5150

年会費免除申請書

一般社団法人みんなの認知症情報学会　御中

私は、入会及び退会規程　第４条第４項による年会費の免除を申請します。

申請日	年　　月　　日		
免除申請者	フリガナ		□　本人 □　家族
会員番号（ﾛｸﾞｲﾝID）＊			
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日		
連絡先 □　本人 □　家族	住所	〒　　－	
	ＴＥＬ・FAX		
	メールアドレス （複数可）		
免除理由	□　認知症当事者（本人）　　□　介護をしている家族		
【　認知症について　】			
認知症のある方 （複数の場合全て）	氏名		申請者との 続柄
日常生活の状況など	（例　一人で外出できる、社会的活動をしている　など）		
介護の状況など (同居、施設入所中等)			
ご家族の場合	□　ご本人と同居　　□　別居（　　）		

【　学会への参画について　】　該当するものに✓をつけてください（複数回答可）

① 学会のイベントに参加することはできますか？
□　本人が可能　　□　帯同者がいれば本人も可能　　□　家族が可能

② メールのやり取りは可能ですか？
□　本人が可能　　□　FAX や郵便なら本人でも可能　　□　家族が対応

③ 当事者参加のワーキンググループ活動などに、協力いただけますか？
□　本人が可能　　□　帯同者がいれば本人も可能　　□　家族が可能

④ 体験談や困りごとなど、情報提供をいただけますか？
□　本人が可能　　□　家族が可能

⑤ 活動したいこと、期待すること、ご要望など

本申請を受理後、事務局よりご連絡します。申請証明する書類が必要となる場合があります。

＊ 会員番号は、学会の入会登録をしていない方は未記入。登録済みの方のみ記入してください。

2020.4 改訂