年会費免除申請書（認知症当事者・介護家族）

一般社団法人みんなのケア情報学会　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			☐　認知症当事者（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 ☐　認知症当事者（本人） ☐　介護家族	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 (複数名の場合すべて)	氏名		申請者との続柄	
日常生活の伏況など	（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 （同居、施設入所中など）				
ご家族の場合	☐　認知症当事者と同居 ☐　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　　☐　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