

入会申込書

公益社団法人全日本断酒連盟 理事長殿
一般社団法人大阪府断酒会 代表理事殿

私は断酒会の趣旨に賛同し入会いたします。

地域断酒会名		(入会日) 令和 年 月 日	
(ふりがな)	性別	(申込者)	
(氏名)	男	本人・家族・その他()	
	・	(生年月日)	
	女	大正・昭和・平成 年 月 日	
(住所) 〒			
(電話番号)		(ファクス番号)	
家族構成	単身 (同居者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 既婚 (同居者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
(地域断酒会記入欄)		(その他記述)	
入会の経緯			
<input type="checkbox"/> 1. 専門病院の紹介 (病院名:)			
<input type="checkbox"/> 2. 専門病院で知り自分で入会			
<input type="checkbox"/> 3. 一般病院の紹介 (病院名:)			
<input type="checkbox"/> 4. 専門クリニックの紹介 (クリニック名:)			
<input type="checkbox"/> 5. 行政・保健センターの情報			
<input type="checkbox"/> 6. 断酒会情報(パンフ・機関紙・HP)			
<input type="checkbox"/> 7. 知人・同僚・家族等			
<input type="checkbox"/> 8. その他			
記入者名		受付日(記入日) 令和 年 月 日	