

お申し込みは、会費を郵便振替で納入後、この用紙に必要事項を記入し、下記の事務局までお送りください。

## 日本摂食障害ネットワーク入会申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

★ どの会員を希望されますか？ 当てはまるものに○をつけてください。

セルフヘルプグループ会員 ・ 協賛会員 ・ サポート会員

★ 申し込みをされる方はどなたですか？ 当てはまるものに○をつけてください。

本人 ・ 家族 ・ 専門家（職業： ） ・ その他

申込者のお名前（セルフヘルプグループおよび協賛会員の方は、団体名と代表者名を併記ください）：  
ふりがな

郵送先住所（セルフヘルプグループおよび協賛会員の方は、郵送物を受け取る方の住所と氏名を併記ください）：  
〒

★ 郵送物に「日本摂食障害ネットワーク」と記名してよろしいですか？  
「NO」の方には無記名で郵送いたします。

YES / NO

会費納入先：  
郵便振替口座: 00900-1-187786  
加入者名称: 日本摂食障害ネットワーク

郵送先：  
〒556-0025  
大阪市浪速区浪速東 2-13-19  
浪速生野病院心身医療科気付  
日本摂食障害ネットワーク事務局