

# ケアチームジャパン(CTJ)会員登録書

※氏名、ポストコード、州・市町村名は公開必須  
※ワンクリックして入力してください。↓

氏名 (Name) :	
日本語表記 :	
お住いの州名 :	市町村 : PLZ :
住所(通り, 番地) :	
電話番号 :	
携帯電話番号 :	
メールアドレス :	

※他の会員に公開してもよい項目には○をつけてください。↑

※家族およびパートナー会員として入会なさる方は 氏名・生年月日・代表者との続柄をご記入ください。

氏名	生年月日(西暦)	続柄
----	----------	----

※↑氏名のみ公開

※↑生年月日および続柄非公開

※これより以下の項目は公開されません。

生年月日 :		
※年会費、ご寄付額の指定 (ご寄付は随時、受け付けております) ●年会費 40CHF:一般 30CHF:学生・失業者・AHV/AVS(退職者) IV/AI(障害者) ※自己申告お願いいたします。 ●ナルク年間登録費 10CHF ●ご寄付 CHF ■お支払い金額の合計 CHF		
※CTJ入会を申し込みます。 年月日 : ご署名 : (注: 同年 12月31日までを1年間とし、毎年1月に新年度会費納入のお願いを送付します。)		
職業 : 資格・免許 :		
※会報の受信方法 Eメール 郵送	※連絡事項の受信方法 (Eメールのみ) はい いいえ	※定例会・総会の議事録送付を希望する (Eメールのみ) はい いいえ ※不要部分を削除してください。

## ●提供できるサービス

・医療サービス (該当項目に○をつけてください。複数回答可) 1. 診療 2. 医療相談 3. 医療に伴う通訳、翻訳 4. その他 ( )
・介護サービス (例: 入浴補助、医療機関への送迎、食事の差し入れなど)
・その他一般サービスの提供 (例: 話し相手、散歩、文化・芸術活動など)
・その他 (特筆しておきたいこと) :

登録書送信先: [careteamjapan@gmail.com](mailto:careteamjapan@gmail.com)