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：sookmisong@hotmail.com		

※他の会員に公開してもよい項目には〇をつけてください。↑

※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　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　40CHF

※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	※連絡事項の受信方法	※定例会・総会の議事録送付を希望する
Ｅメール	（Ｅメールのみ） はい いいえ	(E メールのみ) はい いいえ ※不要部分を削除してください。

●特技・資格など

・医療サービス（該当項目に〇をつけてください。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：医療機関への送迎、食事の差し入れなど）

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）

話し相手、散歩など

・その他（特筆しておきたいこと）：

登録書送信先：careteamjapan@gmail.com