**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○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**40**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** | **※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。** | |

**●特技・資格など**

|  |
| --- |
| **・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：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**](mailto:careteamjapan@gmail.com)