

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 福岡県断酒連合会 理事長 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（支部名）		（入会日） 年 月 日	
（ふりがな）	性別	（申込者） 本人・家族・その他（ ）	
（氏名）	男 ・ 女		
		（生年月日） 大正・昭和・平成 年 月 日	
（住所）〒			
（電話番号）		（FAX 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）		
（注）ご記入いただいた個人情報に関しては、当連合会の活動のみに使用し、その他の目的で利用したり、第三者に提供することはありません。			
（地域断酒会記入欄） ・入会の経緯 <input type="checkbox"/> 1. 専門病院の紹介 <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 <input type="checkbox"/> 4. 専門クリニックの紹介 <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		（その他記述）	
記入者名		受付日（記入日） 年 月 日	

会 長	事務局	県調査部	県事務局

退 会 届

公益社団法人 全日本断酒連盟 理事長 殿
一般社団法人 福岡県断酒連合会 理事長 殿

私は都合により断酒会を退会いたします。

地域断酒会名（支部名）		（退会日） <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>	
（ふりがな）	性別	（入会日） <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>	
（氏名）	男 ・ 女		
(退会理由)			
(地域断酒会記入欄) ・退会の理由 <input type="checkbox"/> 1. 死亡 <input type="checkbox"/> 2. 再飲酒（による入院） <input type="checkbox"/> 3. 病气加療 <input type="checkbox"/> 4. 高齢化 <input type="checkbox"/> 5. 仕事の関係 <input type="checkbox"/> 6. 家庭の事情（家族の世話など） <input type="checkbox"/> 7. 家族の状況（家族の非協力・反対） <input type="checkbox"/> 8. 人間関係 <input type="checkbox"/> 9. 断酒会への不満（例会に馴染めない 例会内容など） <input type="checkbox"/> 10. その他（行方不明など）		（その他記述）	
記入者名		受付日（記入日） <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>	

会 長	事 務 局	県 調 査 部	県 事 務 局

変 更 届

公益社団法人 全日本断酒連盟 理事長 殿
一般社団法人 福岡県断酒連合会 理事長 殿

下記に示す内容に変更（訂正）がありましたので、申告いたします。

地域断酒会名（支部名）		（届出日） 年 月 日	
（ふりがな）	性別	（届出者）	
（氏名） <div style="text-align: center;">印</div>	男	本人・家族・その他（ ）	
	・ 女	（生年月日） 大正・昭和・平成 年 月 日	
（住所）〒			
（電話番号）		（FAX 番号）	
家族構成	单身（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）		
変更（訂正）のあった箇所を <input type="checkbox"/> してください。			
<input type="checkbox"/> 所属の変更 変更前の 断酒会名（支部名）		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX 番号 <input type="checkbox"/> 家族構成 <input type="checkbox"/> その他	
変更前の 断酒会（支部）代表 記入欄 受理 年 月 日 <div style="text-align: center;">印</div>			
（注） ご記入いただいた個人情報に関しては、当連合会の活動のみに使用し、その他の目的で利用したり、第三者に提供することはありません。			
記入者名		受付日（記入日） 年 月 日	

会 長	事務局	県調査部	県事務局