

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（ ） （生年月日） 大正・昭和・平成 年 月 日	
（氏名） 印	男 ・ 女		
（住所） 〒			
（電話番号）		（FAX 番号）	
家族構成	单身（同居者 ☐ あり・ ☐ なし） 既婚（同居者 ☐ あり・ ☐ 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 ☐ 1. 専門病院の紹介 ☐ 2. 専門病院で知り自分で入会 ☐ 3. 一般病院の紹介 ☐ 4. 専門クリニックの紹介 ☐ 5. 行政・保健センターの情報 ☐ 6. 断酒会情報（パンフ・機関紙・HP） ☐ 7. 知人・同僚・家族等 ☐ 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