

特定非営利活動法人 北海道心不全医療連携アカデミー 入会申込書

私は、NPO法人北海道心不全医療連携アカデミーの活動趣旨や定款、特定非営利活動促進法(NPO法)の第2条第2項第2号及び第12条第1項第3号の要件(次頁)を理解した上で、入会を申し込みます。

申込日：令和 年 月 日

■ 会員の種別について(チェックを入れてください。)

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 注1)	<input type="checkbox"/> 特別会員 注2)	<input type="checkbox"/> 賛助会員 注3)
会費 (入会金)	5,000円/年 (入会時に別途5,000円徴収)	徴収なし	100,000円/年 (入会時に別途100,000円徴収)

☑ 正会員の方 注1) 本法人の目的及び活動にご賛同いただける医療・薬学・介護・福祉関係業務に従事している方

ふりがな		種	~
名 前			~
勤務先名			その他 []
勤務先住所	〒 -		TEL ()
自宅住所	〒 -		TEL ()
e-mail	@		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先
連絡事項			

➤ 特別会員の方 注2) 本法人の目的及び活動にご賛同いただき、かつ理事会で必要と認める行政機関や関係団体及び学識経験者等

ふりがな		種	
名 前			
勤務先名			
勤務先住所	〒 -		TEL ()
自宅住所	〒 -		TEL ()
e-mail	@		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先
連絡事項			

➤ 賛助会員の方 注3) 本法人の目的及び活動にご賛同いただき、本法人の維持発展に資金的に援助・協力を希望する個人及び団体

ふりがな		業種	~ 療機関
団体名			~ その他 []
代表者名(肩書)	()		
住 所	〒 -		
連絡先	TEL ()	FAX ()	
ご担当者名			
e-mail	@		
連絡事項			

※ このお申し込みによる個人情報、当協議会の目的以外には使用いたしません。

NPO使用欄

受付日：	令和 年 月 日	会員No.	-
備 考：			

特定非営利活動促進法第2条第2項第2号の要件

- イ 宗教の教義を広め、儀式行事を行い、及び信者を教化育成することを主たる目的とするものでないこと
- ロ 政治上の主義を推進し、支持し、又はこれに反対することを主たる目的とするものでないこと
- ハ 特定の公職の候補者若しくは公職にある者又は政党を推薦し、支持し、又はこれらに反対することを目的とするものでないこと

特定非営利活動促進法第12条第1項第3号の要件

暴力団でないこと

暴力団の統制下にある団体でないこと

暴力団の構成員(暴力団の構成団体の構成員を含む。以下同じ)の統制下にある団体でないこと

暴力団の構成員でなくなった日から5年を経過しない者の統制下にある団体でないこと