

公益財団法人 こころのバリアフリー研究会 入会申込書

(ふりがな) 氏名				いずれかに○をしてください。 ・当事者・家族 ・上記以外
所属			職種	
連絡先	〒			
	電話番号			ファックス番号
	e-mail			
	* 会からの連絡は基本的にメールで行わせて頂きます。(携帯アドレスは不可)			
推薦者 紹介者				

* 推薦者、紹介者(こころのバリアフリー研究会の会員に限る)がない場合は事務局までお問い合わせ下さい。
*年会費 5,000 円【当事者・家族会員の年会費: 2,000 円】

【お問い合わせ/連絡先】

公益財団法人
こころのバリアフリー研究会
事務局

〒141-8625
東京都品川区東五反田5-9-22
NTT東日本関東病院
精神神経科内
E-mail jsebmh2013@gmail.com