

社団法人日本脳卒中協会 入会申込書

(正・賛助・購読) 会員として ( ) 口、(社)日本脳卒中協会に入会を申し込みます。

氏名 または法人名	
住所	〒  電話： FAX：  Eメール：

※参考までにお伺いいたします。該当するものに○をしてください。

- 1) 脳卒中患者 2) 家族 3) 医療従事者 4) 行政関係者 5) 福祉関係者  
6) 一般市民 7) 患者会 8) 医療機関 9) 会社 10) その他

※ほかに、脳卒中患者会の会員の方は患者会名とその連絡先をご記入ください。

名称： 連絡先：



社団法人  
日本脳卒中協会  
The Japan Stroke Association

〒545-0052

大阪市阿倍野区阿倍野筋 1-3-15 共同ビル 4 階

電話 06-6629-7378 FAX 06-6629-7377

info@jsa-web.org