**【提出方法】**

**※必要事項をご記入の上、団体資料\*と合わせて**[問い合わせフォーム](https://www.astellas.com/jp/responsibility/enrich-the-lives-of-patients/patient-association-activities)**へご提出ください**

**団体資料\*とは下記の1)～4)のです**

**1)会則または定款**

**2)直近の決算書と事業報告書**

**3)直近の予算計画書と事業計画書**

**4)役員名簿**

**団体登録申込書**

**年　　　月　　　日**

|  |
| --- |
| **◆団体情報** |
| **団体正式名称****（法人格含む）** |  |
| **ホームページ** |  |
| **代表者氏名** |  |
| **団体住所** | 〒 |
| **事務局****（連絡窓口）** | 氏名（役職）： |
| e-mail:  |
| 電話番号： |
| **団体の種類** | [ ] 　患者会　もしくは　患者家族会[ ] 　患者支援団体患者支援団体の場合はおおよその会員構成を回答ください例）患者および患者家族10%/医療関係者70％/その他20%( 　 ) |
| **対象疾患** | **対象疾患は指定難病もしくは小児慢性特定疾病に該当しますか** |
| [ ] **はい**疾患名と告示Noを記載ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] **いいえ**疾患名を記載ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **会員数** | 　　　　　　　　　　名 | 　　**発足年****（西暦）** | 　　　　年 |
| **会員からの年会費** | [ ] **あり　　正会員年会費（　　　　　　円）　　　賛助会費（　　　　　　円）**[ ] **なし** |
| **会報誌の発行** | [ ] **あり**[ ] **なし** |
| **メールマガ発行** | [ ] **あり**[ ] **なし** |
| **役員**\*¹**の****医療関係者**\*²**有無** | \*¹　役員は顧問除く　\*²　医療関係者とは医療機関に所属している医師・薬剤師・看護師等を指す[ ] 　当会の役員には医療関係者が含まれています[ ] 　当会の役員には医療関係者は含まれていません |
| **団体名名義****口座情報** | 口座名義名（漢字）： |
| 口座名義名（ﾌﾘｶﾞﾅ）： |
| 振込先区分[ ] 　1.銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　2.ゆうちょ |
| １．銀行の場合銀行名：支店名：預金種目：　[ ] 　普通　 　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　当座口座番号： |
| 2.ゆうちょの場合預金種目：　[ ] 　普通　 　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　当座記号：番号： |

※資料提出後から申込サイトのご案内まで約2週間程度かかりますのでご了承ください