**【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