

# 認定NPO法人 大阪精神医療人権センター 会員・寄付申込書

大阪市北区西天満5-9-5 谷山ビル9階

認定NPO法人 大阪精神医療人権センター 宛

FAX : 06-6313-0058

## 1 会員の種別（会費のお支払いを希望される会員種別に○をお願いします。）

会員種別		年会費	申込希望
賛助会員	個人	3,000円	
		障害のある方 1,000円	
	団体	5,000円	
特別協力会員	A	10,000円	
	B	30,000円	
	C	50,000円	

\*当センターは、大阪市から認定を受けたNPO法人であり、会費のうち、1,000円を除いた金額が税額控除の対象になります。  
ご寄付は全額が税控除の対象になります。

## 2 寄付金

寄付金額	¥									
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 3 会費及び寄付の納入方法（いずれかに○をお願いします。）

①銀行振込 ( ) ②郵便払込 ( ) ③クレジットカード払い (ウェブサイトから申込)

銀行振込	郵便払込
三井住友銀行 南森町支店 普通預金 1485805 口座名義 大阪精神医療人権センター	口座番号 00960-3-27152 加入者名 NPO大阪精神医療人権センター

## 4 会員（又は寄付者）の情報（申込日： 年 月 日）

フリガナ	
お名前	
立場	当事者 ・ 家族 ・ 看護師 ・ SW ・ PSW ・ OT 医師 ・ 弁護士 ・ マスコミ ・ その他 ( )
電話番号	
ご住所	〒
Email	
備考欄	人権センターニュース (希望する/希望しない) メルマガ配信 (希望する/希望しない) 領収書の送付 (希望する/希望しない)

以上です。ご支援ありがとうございます。

※ 当センターが取得した申込書記載の個人情報は、会費請求、会員サービス（人権センターニュースの送付、メルマガ配信、総会やセミナー等のご案内、精神医療に関する情報提供等）及びお問い合わせ対応以外の目的では利用いたしません。