

## 子宮頸がんワクチン被害者連絡会 神奈川県支部会員申し込みについて

- ① 神奈川県支部会員となる方は、神奈川県支部の規約に同意し、神奈川県支部会員リストに名前を登録致します。
- ② 神奈川県支部会員として申し込まれた方は、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会神奈川県支部会員のメーリングリスト、ストップHPVライン等に登録して情報を共有していただきます。
- ③ 神奈川県支部会費として2400円（月200円×12ヶ月）途中入会の場合は入会月からの月割分を指定口座にお振り込み、または現金にて申し込みをお願いします。
- ④ 途中退会された場合の返金はありません。

### 会員申込方法（お振込み①②、現金③の方法どれか一つ）

- ① (1) 家族代表者名と被害者ご本人名 (2) 住所 (3) メールアドレス (4) 電話番号ご記入の上 [antihpvkana@gmail.com](mailto:antihpvkana@gmail.com) にメールで申し込む。
- ② 申込書を神奈川県支部HPよりダウンロード行い、必要事項を記入し FAX 045-803-8119（山田まで）にて申し込む。
- ③ 申込書必要事項記入し会費を添えて神奈川県支部代表または会計に申し込む。

### 神奈川県支部会費振込先

- ・ ゆうちょ銀行 記号 10990 番号 24085391  
「全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会神奈川県支部」

以上