

《 会員規定 》

第1条（会の目的）

一般社団法人障害治療研修所（以下「当法人」とする）は、当法人の目的及び事業を行うにあたって研修所会員(以下「会員」とする)を募り、主に会員を対象とした事業を行う。会員は、当法人が運営する会員組織である「低血糖症治療の会」又は「発達障害治療の会」のいずれか一方又は両方に属し、それぞれの会の活動に参加できるものとする。

第2条（会の主たる事務所）

当法人は主たる事務所を千葉県千葉市稲毛区小仲台6-19-19 Myビルに置く。

第3条（会員の意味）

会員の特典を受けるためには、当法人の会員にならないといけない。また、当法人の運営にあたる決議事項は、社員総会及び理事会によって行われ、会員は、社員又は理事と異なり、当法人の運営には参加しないものとする。

第4条（会員の種類）

当法人の会員種別には、次の区分がある。

1. 正会員 当法人の活動にメインに参加され、当会からの郵便物の受領が可能な方。
2. 家族会員 正会員の3親等以内の親族で、当法人の活動に参加予定の方。
3. 介護会員 正会員の親族でない方で、当法人の活動に参加予定の方。
4. 賛助会員 当法人の運営、事業、及び資金的に貢献するとみなされる個人又は団体で、当法人の社員の推薦と理事長の承認を受けたもの。

但し、正会員1名に対して、家族会員は最大2名迄、介護会員は最大1名までの登録が可能とし、入会申込書の記入者は、正会員、家族会員又は介護会員を登録するにあたって、登録時まで、それぞれの被登録者に、登録の了承を得ていなければならない。登録の了承を得ていないことによる事象は、入会申込書の記入者が責任を負うものとする。

なお、会員は、「低血糖症治療の会」と「発達障害治療の会」のいずれか一方の所属であっても、相互の会の活動に参加できるものとする。但し、それぞれの会毎の情報提供や活動の案内等は、それぞれの会に属する会員に限定する場合がある。

第5条（入会及び退会）

1. 年会費1,000円分を2年分支払い、入会申込書を提出し、当法人の処理が完了した時点で入会となる。ただし、医療法人社団マリヤ・クリニックにて、機能的低血糖症又は発達障害を治療中(1年以内)の場合には、年会費の支払いは免除される。
2. 正会員、家族会員、介護会員、賛助会員、それぞれの会員より退会の申し出があった場合、当法人は速やかに退会の処理を行い、その処理が完了した時点で

退会となる。また、正会員が退会した場合には、同時に家族会員及び介護会員も退会となる。

3. 他の会員に迷惑をかけるなど、会員として不適切だと判断された場合には、当法人の理事会の承認を経て、退会手続きが行われる場合がある。

第6条（会員の特典）

会員は、以下の当法人の事業に参加及び便益を受けることができる。ただし、一部の活動については、非会員であっても参加できる場合がある。

- ① 当法人の主催する研修会及び交流会
- ② 当法人の運営する会員専用サイトでの交流
- ③ 当法人が送付する会報や案内等の受領
- ④ 当法人又は当法人提携する会社が販売する一部物品の割引購入
- ⑤ 低血糖症或は発達障害に関する医学的アドバイス以外の情報の提供
- ⑥ 当法人が提携する医療機関等の紹介
- ⑦ その他、当法人理事会が認める事項

第7条（規定の変更）

本規定は、必要に応じ会員の承諾なしに変更できるものとし、当該変更については当法人ホームページ上に変更後の本規定を掲載することをもって、当法人が会員に対し当該変更を周知したものとみなす。変更後の会員規定は、ホームページにおいて掲載された時点より、効力を生じるものとする。

附則

1. 2009年5月29日制定。
2. 2015年4月1日改定。

入 会 申 込 書

記入日付： 年 月 日

会員規定を承諾し、記入日付をもって、以下の会員登録を申請します。

※正会員ご本人が記入してください。

<p>●入会申請される会</p> <p><input type="checkbox"/> 低血糖症治療の会のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 発達障害治療の会のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 低血糖症治療の会及び発達障害治療の会（両方）</p>
<p>備考：一方の会員だけに、ご案内する内容やお送りする資料があります。入会される会が一つであっても、二つであっても、年会費（2年分 2,000円）は変わりません。マリヤ・クリニックで治療中の患者さんは、年会費はかかりません。</p>
<p>●年会費振込先（2,000円。マリヤ・クリニックで治療中の患者さんは無料）</p> <p>振込先口座：郵便振替 00110-0-317393 低血糖症治療の会</p>
<p>●正会員（郵便物が送られるのは、正会員の方だけです。）</p> <p>ふりがな 氏 名</p>
<p style="text-align: center;">〒</p> <p>住 所</p>
<p>連絡先(日中の連絡が可能な番号)</p> <p style="text-align: center;">— —</p>
<p>●家族会員 1（治療中の方がご家族の場合にはこちらにご記載下さい）</p> <p>ふりがな 氏 名 (正会員との続柄：)</p>
<p>●家族会員 2</p> <p>ふりがな 氏 名 (正会員との続柄：)</p>
<p>●介護会員</p> <p>ふりがな 氏 名 (正会員との続柄：)</p>