

入会申込書

入会申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

 該当する欄にご記入ください。 正会員（本人） 正会員（家族）

フリガナ 氏 名	性 別 男・女
生 年 月 日 年 月 日	
住 所 〒 -	
電話番号 & FAX番号	E-Mail
診 断 名	治療施設名

正会員がご家族の場合

フリガナ 患児氏名	患児との関係
患児性別 男・女	患児生年月日 年 月 日

 賛助会員（個人） 賛助会員（法人・団体）

フリガナ 氏 名 または団体名	
住 所 〒 -	
電話番号 & FAX番号	
E-Mail	職種または業種

*個人情報は厳守いたします