記入日　　年　　月　　日

血管腫・血管奇形の患者会

入会申込書（賛助会員用）

※　□のある箇所は、該当するものにレをつけて下さい。
※　個人会員は未成年は登録できませんのでご注意ください。

会員情報	
ふりがな	入会されるのは
個人名または団体名（※団体の場合は代表者氏名も） ※個人の場合のみお答え下さい。 生年月日（西暦）　　年　月　日　男・女（　　歳）	□医療関係者（　　） □正会員の家族 →正会員氏名（　　） □その他（　　）
連絡先住所　〒	
電話番号	
携帯電話番号（※個人のみ）	
FAX 番号	
PC アドレス（※個人のみ）	
携帯アドレス（※個人のみ）	

会からの連絡・会誌送付について	
各種講演会・イベント開催の連絡を	□希望する　□希望しない
会誌送付を	□希望する　□希望しない
患者会へのご意見・ご要望がありましたらご記入ください。	

以下は会にて使用（記入不要）	
受付日　　年　　月　　日	会員番号
備考欄	

ご記入いただきました情報は、患者会運営上必要な場合にのみ利用し、本人の許可なく第三者に公表することは一切ありません。

08.05 様式