

記入日 年 月 日

血管腫・血管奇形の患者会

入会申込書（正会員用）

□のある箇所は、該当するものにレをつけて下さい。
患者が未成年の場合は保護者の方が会員登録をしてください。患者が 15 歳以上で保護者の同意がある場合は未成年での入会も可能ですが、備考欄に必ず「入会に同意します。○○（←保護者の方のお名前）」と保護者の方の直筆でご署名くださいますようお願いいたします。

ふりがな	ふりがな
会員 氏名	患者 氏名 会員と同じ場合も記入
患者が未成年の場合は原則保護者が入会	生年月日（西暦） 年 月 日 男・女（ 歳）
連絡先住所 〒	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
FAX 番号	
PC アドレス （大きくはっきりと）	
携帯アドレス （大きくはっきりと）	
会費納入方法は、 ☐ 振込（振込控を同封してください） ☐ 郵便小為替	
納入金額は、400 円 × ____ヶ月分（__月～3月） + 200 円（入会手数料） = 合計____円	
診断されている病名	
病変部位	
現在かかっている病院・科	
現在かかっている医師	
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	