

ITP患者会「なんくるないさー」賛助会員入会申込書

ITP患者会「なんくるないさー」代表殿

私は、貴会の会則に同意しましたので、賛助会員として入会申し込みをしたくお願いいたします。

申込日	平成 年 月 日
フリガナ	
本人氏名	
生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 都道府県：
	市区町村および番地：
	建物名：
電話番号(携帯可)	ー ー
メールアドレス	
職業	<input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師
	<input type="checkbox"/> その他医療従事者()
企業名または勤務先	
所属	

難病連会報の要否	当会は神奈川難病連に所属しており、入会后難病連の会報(年2回発行、難病連の封筒使用)を郵送します。 封筒詰め作業は当会役員が行いますので、難病連に個人情報伝わりません。ご安心下さい。希望しない方はチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 希望しない
ご要望等	