

# 入会申込書

血管奇形ネットワークの会則に同意し、会員になることを申し込みます。

申込日:平成 年 月 日

フリガナ			
患者氏名			
生年月日		性別	男 女
診断名			
部 位			
病 院		診療科	

フリガナ		続柄
申込者	(患者本人が申込者の場合記入の必要はありません。)	
フリガナ		
住 所	〒	
T E L (携帯可)		
Eメール (携帯可)		
交流会の開催案内や連絡事項はメールでお知らせしてよろしいですか？ (不可の場合は、はがきにてご連絡します。はがきに宛名書きをし、事務局へお預けください。)		可 不可

上記以外のご家族の方も交流会等に参加される場合は、会員登録されておくと参加費が一家族分となりお得です				
フリガナ		続柄	フリガナ	続柄
家族氏名			家族氏名	
フリガナ		続柄	フリガナ	続柄
家族氏名			家族氏名	

事務局処理欄	
会員No.	受付年月日