

全国CIDPサポートグループ 入会申込書

ご記入日 年 月 日

全国CIDPサポートグループ理事長 宛 全国CIDPサポートグループの趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※ご希望の会員区分欄の を塗りつぶすかチェックをいれてください

会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 (患者、またはその家族) <input type="checkbox"/> 賛助会員1 (当会の趣旨にご賛同いただける個人の方) <input type="checkbox"/> 賛助会員2 (当会の趣旨にご賛同いただける団体)	・年会費は、 <正会員>2,000円、 <賛助会員1(個人)>2,000円/1口、 <賛助会員2(団体)>5,000円/1口です。 指定の口座にお振込みください(振込手数料はご負担ください)
------	---	--

(フリガナ)		性別	ご職業	生年月日
お名前 団体名	Ⓜ	男 ・ 女		年 月 日
(フリガナ)				ご病気の方とご関係
ご住所 所在地	〒	(正会員の方のみ○をご記入ください) ・ご本人 ・ご家族(続柄:患者の)		
電話番号				(賛助会員団体の場合)代表の方のお名前・所属
電子メール アドレス				Ⓜ

※会報とは別に、ご案内やお知らせをご連絡させていただく場合の、ご連絡方法をお選びください

※ご希望方法に○を一つだけお付けください。なお、通常、携帯以外の 電子メール(E-mail)をお勧めしております

種類	○記入欄	詳細記入欄	備考・注意点
電子メール	<input type="checkbox"/>	上記の記載と異なる場合のみアドレスをご記入ください ()	・情報が多いため、携帯電話のアドレスは使用できません
郵送	<input type="checkbox"/>		・いくつかの連絡を定期的にまとめて送付いたしますので、情報がタイムリーに到着しない場合がございます

※通院先と主治医名をよろしければ下記にお書きください。また、当会へのご連絡事項やご要望がありましたら、下記にご記入ください。