

# 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。

<p>※ご希望の会員区分欄の <input type="checkbox"/> を塗りつぶすかチェックをいれてください</p> <p>会員区分    <input type="checkbox"/> 正会員            (患者、またはその家族)</p> <p>              <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)</p> <p>              <input type="checkbox"/> 賛助会員2 (当会の趣旨にご賛同いただける団体)</p>	<p>・年会費は、 &lt;正会員&gt;2,000円、</p> <p>                  &lt;賛助会員1(個人)&gt;2,000円/1口、</p> <p>                  &lt;賛助会員2(団体)&gt;10,000円/1口で</p> <p>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)</p>
---	--

(フリガナ)		メールアドレス
お名前 団体名	®	@
(フリガナ)		電話番号
ご住所 所在地	〒	

※メールニュース(テキスト形式)を発行しています。受信可能なアドレスを記載してください

正会員の方				賛助会員2(団体)の方	
患者さんとのご関係をご記入ください( <input type="checkbox"/> を塗りつぶすかチェックをいれてください)				所属・部署名、ご担当者様名をご記入ください	
<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族(続柄:患者の )				所属・ 部署名	
患者さん本人の情報をお書きください				ご担当者様名	
性別	男 · 女	生年月日	年           月           日		
通院先 病院名			主治医		

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。

全国CIDPサポートグループ事務局 〒197-0825 東京都あきる野市雨間1-3 鈴木方 TEL、FAX 03-5962-7700