

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 <input type="checkbox"/> 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(個人) (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(団体) (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(個人)> 2,000円 <賛助会員(団体)> 10,000円です。 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)		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	〒	

正会員の方は下記も記入してください				賛助会員(団体)の方は下記も記入してください	
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。