

入会申込書

混合型血管奇形の難病指定を求める会

代 表 飯尾 良英 様

私は、貴会の会則を理解し、会の目的達成を目指すことに賛同し
入会いたします。

平成 年 月 日

住 所 : 〒 ー

氏 名 : 印

患者の生年月日 : 昭和・平成 年 月

電話番号 : FAX :

携帯番号 :

Email :

入会が患者様以外の場合、患者様との関係

()

診断されている病名

()

病変部位

()

◆ご記入いただいた住所・氏名などの個人情報は、当目的以外には使用いたしません。