入会申込書

いずれかに〇してください

氏名 [　　] (当事者･家族･医療関係･福祉関係･その他)

氏名 [　　] (当事者･家族･医療関係･福祉関係･その他)

氏名 [　　] (当事者･家族･医療関係･福祉関係･その他)

郵便番号 (　　―　　)
住所

電話番号

FAX 番号

E メール

会費　　年 1000円
ご寄付　　円
合計　　円

注) 個人情報は本人の許可なく第3者に提供いたしません。