患者様ご家族用

南信州地域難病患者家族の会

入 会 申 込 書

TEL080-4920-9845　FAX 0265-48-6614

私は、会設立趣旨に賛同し、会則に同意して入会することを申し出ます。

（お電話でも受け付けます。聞き取りにて入会申込書を作成することをご了承ください）

※お電話の場合次の項目に沿ってお伝えくださるとスムーズです。

◎ご紹介戴いた方又は事業所様等

紹介者　　紹介事業所名等

◎ご入会希望の方の情報（疾患名は未記入 OK　後程伺います）

※年会費１口 2,000 円（家族単位で大丈夫です）

患者様氏名　　ご住所

疾患名　　生年月日　　性別

かかりつけ医療機関　　主治医

ご家族氏名　　続柄（患者様にとって）

メールアドレス

TEL　　FAX

ご希望されること