

南信州地域難病患者家族の会
入会申込書

支援者用
(賛助会員)

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 円以上 (法人単位で大丈夫です)

御法人名

事業所名

所在地

窓口代表者名

職種

他交流会参加希望事業所名

メールアドレス

TEL

FAX

ご希望されること