

年 月 日

会員用

褐色細胞腫を考える会 入会申込書

わたくしは貴会の趣旨に賛同し、会員として入会を申し込みます。

太枠内は必ずご記入下さい。

フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成
申込者氏名	年 月 日	
	年 齢	才
	性 別	男性・女性
入会される方	1. 患者本人 2. 患者家族(間柄) 3. その他()	
住 所	〒 -	
電話番号	()	
メールアドレス		

本会への入会には、下記のご記入をお願い致しております。

※患者本人以外の方は患者本人の了承を得、本人に下記をご記載いただいでください。

※必ず患者本人の署名が必要です。

患者本人署名 (患者本人以外の方が入会される場合は本人の署名が必要です)	(署名)		
現在の 診療状況と 担当医	通院中・入院中		
	担 当 医	氏 名	
		所属施設	
		診 療 科	
		所在地・ 連絡先	

※ 患者が未成年の場合は、患者が15歳以上で保護者の同意がある場合のみ入会可能です。入会申込書と共に「保護者同意書」の提出が必要です。必要な方はお申し出下さい。

本会で知りえた個人情報は本会以外の目的では利用致しません。本会代表、副代表により厳重に管理致します。