

# 封入体筋炎 (IBM) 患者と家族の会【ポピーの会】入会申込書

- 正会員      【     ご本人    ご家族      】  
 賛助会員

フリガナ					
氏名		性別	男 女	生年月日	明・大 昭・平                      年   月   日
フリガナ					
自宅住所	〒  都 道 府 県				
連絡先 (自宅) (携帯)			FAX		
			メールアドレス		
その他の 連絡先	(あればご記入ください)			職業 勤め先など	
病歴 (30字以内)	封入体筋炎の診断が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
医療機関名					
備考・ 現在の状況 など	<p style="text-align: center;">※備考欄の内容を匿名化したうえでホームページの会員紹介 に掲載してもよいですか?    <input type="checkbox"/>可    <input type="checkbox"/>不可</p>				
会費	<input type="checkbox"/> 正会員    年額 1000円 <input type="checkbox"/> 賛助会員   (                      ) 口    (一口 1000円)				

会員名簿への情報の記載について

会員に名簿を配布しますので、公開してもよい情報の範囲についてお聞きします。いずれかの希望項目に必ず☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 記載してもよい (氏名とグレーで網掛けされている部分が名簿への記載項目です。)
<input type="checkbox"/> 一部のみ記載可    ※記載してもよい項目にチェックを入れてください。 ( <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 (市区町村) <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 病歴 )
<input type="checkbox"/> 記載しない

封入体筋炎友の会の規約に同意し、会員になることを申し込みいたします。

年 月 日      氏名 \_\_\_\_\_ 印