

ご返送下さい（*印は記入必須項目）

全国膠原病友の会入会申込書

No _____

新入会 再入会

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 （該当事項に○印を付けて下さい）

氏 名	*本 人	<small>(ふりがな)</small>	*性別	男・女
		* (生年月日) 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	世帯主	本人との続柄		
	世帯人数 _____ 人	生活保護	有	無
*住 所	*電話番号	— —	FAX番号	— —
	郵便番号	—		
	(詳しく)			
*病 名				
		発病年月		
症 状	発 病 時			
	現 在			
医 療	病 院 名	入院・通院 (月 _____ 回)		
	骨頭壊死になっていますか	はい (右・左) →	手術の有無 (有・無)	
		いいえ		
	人工透析を受けていますか	はい	いいえ	
	医 療 費	月 額 約 _____ 円		
	*公費負担	受けている	いない	申請中
	身障手帳	有 (_____ 級)	無	
障害年金	有 (_____ 級)	無		
備 考	入会動機			
	特技・資格 趣味			

_____ 支部受付 _____ 月 _____ 日

資料送付	支部連絡

このデータは個人情報保護法に基づき当会の活動目的以外に使用することはありませんので本部の必須項目以外のご記入もご協力お願い致します。