

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 )<br>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<br>(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<br>診療状況と<br>担当医                     | 通院中・入院中     |             |  |
|   | 担<br>当<br>医 | 氏 名         |  |
|   |             | 所属施設        |  |
|   |             | 診 療 科       |  |
|   |             | 所在地・<br>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。