

フリガナ			
お名前 (ご担当者名)	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日
会社名、又は 団体名、グループ名	所属名		
ご住所	(〒 -) ★郵便物等の友の会の差出名 【 記載してもよい ・ 記載しない 】		
電話番号	()	FAX()	
携帯電話			
メールアドレス(携帯可)			
賛助動機について 教えてください。			
賛助支援の内容	1. 患者と家族への在宅ケアサポート事業へのご支援 2. 社会的理解促進のための啓蒙、および情報交流事業へのご協力 3. 表皮水疱症の治療研究、および医療学的・看護ケアのご支援 4. 表皮水疱症の子ども達へのご支援 5. 友の会会報、NEWSLETTER、ホームページ等広報事業へのご支援		
年会費・ご寄付	<input type="radio"/> 年会費 2,000 円 <input type="radio"/> ご寄付一口 2,000 円 × □ / 合計 円		
入金方法 (選択して下さい)	年会費、ご寄付等を送金される場合の口座先。振込手数料はご負担願います。 <input type="checkbox"/> 郵便振替 【口座番号】 02750-8-45092 【加入者名】 NPO 法人表皮水疱症友の会 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 【口座番号】 19050 9838871 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行へ他金融機関からの振込の受取口座として利用される場合 【店名】 九〇八(読み キュウゼロハチ) 【店番】 908 【預金種目】 普通預金 【口座番号】 0983887 <input type="checkbox"/> 銀行振込 北洋銀行麻生支店 【普通口座】 3740267 【口座名】 表皮水疱症友の会 ヒョウヒスイホウショウトモノカイ		
事務局記載	会費入金日		

注意事項:①ご住所、メールアドレスの変更時は、速やかにお知らせください。緊急案内や郵送物の遅れ、未着につながります。

②ご入会は、必ず患者本人のご了解をお願いいたします。未成年の場合は、親の同意をお願いいたします。

③ご家族に複数の患者がおられる場合、一枚に複数名を記入していただいて構いません。その場合、会費は、一家族扱いとなります。

④お名前、ご住所の記載がないと、当会からの情報配信、配布物や郵便物が送付できない旨をご確認ください。

⑤PC・携帯メールアドレスに着信制限のある方は、緊急等のご案内ができませんので解除をお願いいたします。