

NPO 法人表皮水疱症友の会 DebRA Japan 入会申込書

当法人定款に同意し、本会員として入会いたします。

フリガナ			生年月日	学年又は職業
お名前 入会本人（患者）	男 女	歳	S・H・R 年 月 日	
ご家族のお名前 年齢、ご職業	父／	歳	月 日	
	母／	歳	月 日	
		歳	月 日	
		歳	月 日	
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)				
病型	<input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 接合部型 <input type="checkbox"/> 優性栄養障害型 <input type="checkbox"/> 劣性栄養障害型 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 確定検査中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
主な通院医療機関			主治医	
医療・福祉利用状況	<input type="checkbox"/> 特定疾患（小児）受給 有・無 <input type="checkbox"/> 障害者認定 種 級 <input type="checkbox"/> 障害者年金 級 <input type="checkbox"/> 車椅子 有・無 <input type="checkbox"/> 訪問看護利用 <input type="checkbox"/> その他福祉制度の利用 ()			
ご入会の理由、 現在までの症状、 相談事項など				
年会費・ご寄付	<input type="checkbox"/> 年会費 2,000 円 <input type="checkbox"/> ご寄付 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情報。なお、振込手数料はご負担をお願いいたします。 <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、年会費は一家族分で2,000円といたします。
 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了解ください。
 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。