全国CIDPサポートグループ　入会申込書

ご記入日	年　　月　　日

全国CIDPサポートグループ理事長　宛　　全国CIDPサポートグループの趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※ご希望の会員区分欄の □ を塗りつぶすかチェックをいれてください	・年会費は、　<正会員>2,000円、 <賛助会員１（個人）>2,000円/1口、 <賛助会員２（団体）>10,000円/1口です 指定の口座にお振込みください（振込手数料はご負担ください）
会員区分　□　正会員　　（患者、またはその家族） □　賛助会員１　（当会の趣旨にご賛同いただける個人の方） □　賛助会員２　（当会の趣旨にご賛同いただける団体）	

（フリガナ）		メールアドレス	
お名前 団体名	㊞	@ ※メールニュースを発行しています。受信可能なアドレスを記載してください	
（フリガナ）			電話番号
ご住所 所在地	〒		

正会員の方				賛助会員２（団体）の方	
患者さんとのご関係をご記入ください（□ を塗りつぶすかチェックをいれてください）				所属・部署名、ご担当者様名をご記入ください	
□　ご本人　　□　ご家族（続柄：患者の　　）				所属・ 部署名	
患者さん本人の情報をお書きください					
性別	男　・　女	生年月日	年　　月　　日	ご担当者様名	
通院先 病院名		主治医			

当会へのご連絡事項やご要望がありましたら、下記にご記入ください。

全国CIDPサポートグループ事務局　〒197-0825　東京都あきる野市雨間１－３ 鈴木方　FAX　03-5962-7700