炎症性腸疾患友の会（IBD 宮城）　入会申込書

平成　　年　　月　　日

私は炎症性腸疾患友の会に入会したく、申し込みいたします。

<table>
<tr><td>フリガナ
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>病名</td><td>・クローン病
・潰瘍性大腸炎
・その他</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6">自　宅　〒

その他　〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="6">自宅（　　）　　－　　他（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ</td><td colspan="3">自宅・他（　　）　　－</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>E－Mail</td><td colspan="3"></td><td>年齢</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>職　業</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">現在、主に治療を
受けている医療機関</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">《入会するにあたっての会への要望など》

※総会・学習会・会報等のご案内・資料等につきましては、本欄＜自宅＞へ送付させていただきます。他へ送付を希望する場合は、その旨ご記入願います。</td></tr>
</table>

※１）本申込書の取扱いについて

当申込書に記入された事項は、名簿の作成・総会の案内・会報誌その他資料等の送付・作成に使用する場合があります。但し、個人に関わる情報は本来の目的以外に使用せず、原則的に本人の承諾無しに当会役員以外への公表はいたしません。

※２）会費について

年会費は３，０００円です。４月～翌年３月末までを１会計年度とし年度途中（１０月～３月末）からの入会は当年度のみ半額とし、また退会された方への割戻しはいたしません。ご入会の際は郵便振込用紙にて、最寄の郵便局よりお振込み願います。領収証は振込控えをもって代えさせて頂きます。

※３）資格について

炎症性腸疾患患者さん及び患者家族、医療関係者その他興味のある方なら誰でも入会できます。