

# 一般社団法人 PSP・CBD のぞみの会 入会申込書

入会申込日	西暦 年 月 日
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 正会員(減免) <input type="checkbox"/> 賛助会員(個人) <input type="checkbox"/> 賛助会員(団体)
会員区分	<input type="checkbox"/> ネット会員 <input type="checkbox"/> 郵送会員 ネット会員の場合、メーリングリストに登録し、会からのお知らせは主にメールで配信します。会報誌は全ての方に郵送いたします。

## 【会員情報】

お名前	(フリガナ)		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
メールアドレス	郵送会員の方の方で、会からのお知らせのみメール配信を希望される方もご記入ください		
ご住所	都道府県から記入してください 〒 ー		
電話番号			
立場	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども(義理も含む) <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 医療従事者(所属する病院など) ) <input type="checkbox"/> 福祉・介護サービス従事者(所属する病院など) ) <input type="checkbox"/> その他( )		
参加目的	現在いちばん必要としている情報など (ネット会員の方はメーリングリストに、新入会員紹介として載せさせていただきます)		

## 【患者さん情報】(賛助会員は記入不要)

疾患名	<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> 診断未確定 <input type="checkbox"/> その他( )		
お名前	(フリガナ)		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断病院名		診断時期	西暦 年 月 日

<p>☆個人情報の管理☆</p> <p>本会は会員から提出された個人情報を重要なものと認識し、その取り扱いについて細心の注意を払い、厳重に管理いたします。</p>	<p>☆個人情報の利用☆</p> <p>本会は会員から提出された個人情報を、会員への情報提供(集まりのお知らせや「のぞみの会通信」のために利用します。</p>	<p>☆個人情報の第三者への提供☆</p> <p>本会は、予め会員の同意がある場合を除き、会員から提出された個人情報を第三者に提供または開示しません。</p>	<p>☆登録事項の変更☆</p> <p>登録いただいたお名前、ご住所、メールアドレス等に変更があった場合は、各地区の世話人にご連絡ください。</p>
---	---	---	--