

一般社団法人 PSP・CBD のぞみの会 入会申込書

- 本会は、会員よりお預かりした個人情報は、「個人情報保護法」に基づき適正に取り扱います。
- 記載内容に変更または退会をご希望の際は、のぞみの会まで速やかにご連絡ください。

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
ご住所	都道府県から記入してください 〒						
電話番号							
会員区分	※メールの利用が可能な方はネット会員をお選びください ※ネット会員は LINE オープンチャットに参加できます <input type="checkbox"/> ネット会員 <input type="checkbox"/> 郵送会員						
メールアドレス	※ネット会員を選んだ方はご記入ください						
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()						
今一番知りたい情報(参加目的)							

【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	