支部名　静岡県支部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 入会申込書入会年月日　　　年　　月　　日 |  |
|  ふりがな |  | 性別 |
| 会員氏名 |  生年月日　S・H・R 　　 　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 住　所 |  〒 －  電話番号 　 －　　－ 携帯番号　　　－　　　－ |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（自宅PC） |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（携帯） |  |
| 職　　業 |  |
| 患 者 欄 | ふりがな |  | 治療の見通し |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　 月 　日 　男・女 |
| 病　名 |  |
| 病　院 |  |
| 【入会の動機】 |  |
| 【会への要望・メッセージなど】 |

*※以下に該当する場合、必ず同意のチェックとお名前の記載をお願いします。*

**①【病児の保護者が入会申込書を提出する場合で、病児が16歳以上のとき】※病児の個人情報の提供の同意**

□「一般社団法人全国心臓病の子どもを守る会」への入会にあたり、入会申込書に記載のとおりの私の個人情報の提供に同意します。

（病児本人氏名：　　　　　　　　　　　　　　）※１６歳以上の病児本人の氏名です。親の氏名ではありません。

**②【未成年者の病児本人が会員となる場合】※親権者の入会の同意**

□上記の個人情報取り扱いと守る会への入会に同意いたします。（親権者氏名：　　　　　　　　　　）※本人ではなく、親権者の氏名です。