

入会申込書

入会年月日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	血液型	
会員氏名	S・H・R 年 月 日			男・女	型 Rh ()	
住所	〒 - ☎ Fax					
職業				病気発見の動機		
患者欄	ふりがな				治療の見通し	
	氏名					
	生年月日	平成 年 月 日 男・女				
	血液型	型 Rh ()				
	病名					
病院名						
家族欄	氏名	会員と続柄	生年月日	血液型	職業	その他
入会の動機			会に対する希望			
携帯			アドレス			

質問にご記入をお願いします。

Q 心臓病の福祉制度について

・受けている方

() 身体障害者手帳 級

() 特別児童扶養手当 級

・受けていない方

() 知らなかった

() 聞いたことはあるが手続きが分からなかった

・その他知りたい事

Q 子育ての悩み・ご相談

★携帯電話・アドレスは差し支えなければご記入ください

Q 入会時の留意点

- ・入会申込書は支部事務局・ブロック事務局に郵送及び FAX をお願いします。
- ・入会金(1,000 円)・会費 (600 円×月数) が納入された時点で静岡県支部会員となります。その時点から機関誌・お知らせ (相談会・交流会・支部報) の発送が行われます。
(* 同封の振り込み用紙に記入された金額をお願いします。)

・あなたの在籍ブロックは () ブロック

・静岡県支部事務局は

〒420-0034 静岡市葵区常磐町 2-6-5

大石裕香

Fax 054-266-3535 mail:mamorus.510014@gmail.com