

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		〒 ー		
		電話番号 ー ー 携帯番号 ー ー		
メールアドレス (自宅PC)				
メールアドレス (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。