

特定非営利活動法人ハート・プラスの会入会申込書

該当する□を■に変更してください。

年 月 日

ふりがな 氏名：	会員種別 <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 協力会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) (西暦 年)	職業
住 所 (郵便物の送付先になります) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> その他() 〒 (-)	
自宅電話番号	
ファックス番号	
携帯電話番号	
携帯 E-mail アドレス	
PC E-mail アドレス	
※ハンドルネーム	
ハート・プラス通信	<input type="checkbox"/> メール送信希望 <input type="checkbox"/> 郵送希望

※ 当会ホームページ内の掲示板に書き込みされる場合のハンドルネームです。

ご登録いただきましたあなた様の個人情報(以下「個人情報」といいます)は、当会活動の目的に限り利用させていただきます。個人情報の取り扱いにつきましては厳重に管理し、第三者への提供、会外への業務委託は行いません。

患者の方に伺います	全員：以下自由にお書き下さい
障害者手帳 有(級) ・ 無 障害及び疾病 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> その他()	

事務局記入欄

入会日:平成 年 月 日		
初回会費確認: 入会金 ・ 年会費		