

NPO法人筋無力症患者会 入会申込書(正会員)

私は、NPO法人筋無力症患者会の趣旨に同意し、入会を申し込みます。

※マークは、記入必須

申込日 年 月 日

フリガナ			
※氏名 [Name]	姓[Last name]	名[First name]	
※生年月日 [Date of birth]	西暦 年 月 日	※性別 [Sex]	男 女
※住 所 [Address]	〒	都・道 府・県	
※連絡先 [Contact]	電話番号 [Telephone]	FAX	
	携帯番号 [Phone]		
	災害時緊急 関係	TEL	
※E-mail [Mail address]	使用可否	可	否
※職業 [Occupation]	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 小学生・中学生 <input type="checkbox"/> 高校生・大学 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職		
※小児の方	保護者名		

筋無力症について

<input type="checkbox"/> 抗アセリルコリン抗体 <input type="checkbox"/> 抗マスク抗体 <input type="checkbox"/> Lrp4 <input type="checkbox"/> 未検出 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 眼筋型 <input type="checkbox"/> 全身型 <input type="checkbox"/> 分からない			
胸腺腫について	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	胸腺摘出手術	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
発症年(診断時)	年 月頃 診断までにかかった年数 約 年 ヶ月		
病院	都・道・府・県 病院 科 先生		

※入会届の個人情報は、当会の活動以外の目的には使用いたしません。