

全国筋無力症友の会入会申込書

会費を添えてお申し込み下さい

ふりがな 氏名			男女
生年月日 (年齢)	西暦・平成・昭和・大正 年 月 日生まれ(歳)		
住所	〒 TEL() -		
E-Mail			
病歴	発症 年 月頃 診断 年 月(病院) 症状		
治療	1. 抗コリン剤 2. ステロイド剤 3. 免疫抑制剤 4. 胸腺摘出(年) 5. 血漿交換(年) 6. その他()		
病院		医師	
職業		学生	小・中・高・専・短・大
保護者 (必要な方のみ)		続柄	

賛助会員申込書

会費だけでは運営が出来ません。

賛助会員を募集しています(年間1口2,000円)

ふりがな 氏名		関係	親・子・兄弟 医療・福祉 その他()
住所	〒 TEL() -		
賛助会費	口		円