

送信日 年 月 日

FAXあて先: FAX番号

様

大阪OPLL友の会です。入会申込書お送りいたしますので、記入して返送をお願いします。

大阪後縦靱帯骨化症友の会(大阪OPLL友の会)入会申込書

FAX 06-6697-6256

大阪後縦靱帯骨化症友の会宛

下欄は友の会使用

貴会の規約に合意し、年会費の送付
手続きをして、入会を申し込みます。

承諾	入金確認	広報担当に連絡	名簿に追加	

申し込み日	年 月 日				
氏名				ふりがな	
性別	1 男	2 女			
生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年 月 日
会員区分	1 患者本人	2 家族	3 賛助会員		

郵便番号	〒			
住所				
電話番号			ファックス	
Eメール				

病名 (○をつける)	頸椎	胸椎	腰椎	後縦靱帯骨化症	黄色靱帯骨化症	前縦靱帯骨化症
------------	----	----	----	---------	---------	---------

何番目の骨に症状があると聞いておられますか？

症状(できれば書いてください)

現在かかっている病院名

	市	病院	科
手術	未	予定 (年 月 先生)	実施済み(年 月 先生)
	市	病院	科

年会費は 4月から翌年3月まで 3600円です。途中入会は月割りで納めてください。

郵便振込み口座番号は 00940-8-39457 です。口座名義 大阪後縦靱帯骨化症友の会 です。

〒558-0011 大阪市住吉区菟田6-17-8 大阪後縦靱帯骨化症友の会 会長 中岡 甫 TEL 06-6697-6256