

入会申込書

平成 年 月 日

上越おもちゃ病院 院長 様

貴会の趣旨に賛同し「上越おもちゃ病院」への入会を申し込みます。

住 所	〒 行政区名： 区		
フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日生	携 帯 電 話	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→
自 宅 電 話		自 宅 FAX	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→
携 帯 メール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→		
PC メール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→		
自 己 紹 介	新入会 Dr. です。		
処 理 日	平成 年 月 日	受 付 者	

※下記の注意書きにより、太枠の中のみ記載ください。

社協のボランティア保険に加入のため、生年月日をご記入願います。

ドクター連絡網の作成のため、出来るだけ多くの連絡手段をご記入ください。(部外秘扱)

「おもちゃ待合室だより by 上越おもちゃ病院」ブログに「新入会 Dr.〇〇」からのコメントとして掲載しますので、お客様に対するアピールを自己紹介欄にご記入ください。

※会費2千円は、最寄りの郵便局ATMで2週間以内に払込みください。

口座記号・番号： 00560-4- 85353

加入者名： 上越おもちゃ病院