入 会 申 込 書

平成　　年　　月　　日申込

県支部　　一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

<table>
<tr><td rowspan="6">患
者</td><td>会　員</td><td colspan="2">会　費</td><td colspan="2">病　名</td></tr>
<tr><td>正会員</td><td colspan="2">□　入所
（施設名：　　）
□　在宅</td><td colspan="2">□デュシェンヌ型　□ベッカー型
□福山型　□肢帯型
□顔面肩甲上腕型　□筋強直性
□遠位型ミオパチー　□その他</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏
名</td><td>（ふりがな）</td><td rowspan="2">男
・
女</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">住
所</td><td colspan="4">（ふりがな）
〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">℡</td><td colspan="2">Fax</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者
手　　帳</td><td colspan="3">種　　級（　　年　　月　　日　交付）</td></tr>
<tr><td colspan="5">「夢の扉」への入会　　・希望する　　・希望しない（どちらかに〇をつけて下さい）
「夢の扉」へ入会を希望する方は、入会者氏名、メールアドレスをご記入ください。
入会者氏名（　　）E-mail:（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">家
族</td><td>続柄</td><td>氏名</td><td>生年月日</td><td>上記以外の連絡先</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日</td><td rowspan="5">℡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>付近案内図</td><td>特記事項</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>