

入会申込書（正会員・クレジットカード）

HOME / 入会申込書（正会員・クレジットカード）

ご確認ください！

- こちらは正会員の入会申込書（クレジットカード決済含む）の入力フォームです。賛助会員の場合は、[前の画面](#)に戻ってください。
- 年会費のお支払いは**クレジットカード（VISAまたはMaster Card）**が必要です。
- 入会申込書に記入いただくお名前は、必ず**申込をする方の「姓」と「名」**を入力してください。
- ご家族で入会する場合は、お一人ごとにお申し込みください。家族内での名義共有はご遠慮ください。
- 入会申込書にご記入いただくと、ご自分のメールアドレスに控えが届きます。申込控えをメールでお送りするため、「dm-family.net」から着信ができるメールアドレスが必要です。着信拒否設定をしている方は、あらかじめ「dm-family.net」が着信できるように設定をしてからご記入ください。
- 正しく送信されても控えのメールが届かない場合は、迷惑メールに入っていないかどうかをお確かめください。
- 申込控えが届いていなければ、[こちら](#)からお問い合わせください。

お申し込みの手順

1. 入会申込書に記入する

確認のため、下記は必ず「●」にしてください。

会員種別：○正会員

クレジットカード決済金額：○5000円

2. 「カード情報を入力する」 [カード情報を入力する](#) ボタンを押して、クレジットカードの情報を入力

VISAまたはMaster Cardをお使いください。

CVC番号（セキュリティコード）は、**カード裏面の3桁の数字**です。



入力を終わったら「カード情報を入力する」ボタンを押してください。

決済情報送信のため、少し時間がかかる場合があります。

3. 送信します

送信の前に、下記を確認してください。

- 緑色のボタンで「カード情報入力済み」となっている**
- 「上記内容で送信します。確認後チェックを入れてください。」にチェック**

「送信する」ボタンがオレンジになっていれば、送信できます。

ブルーの場合は送信できません。

領収書は、決済月の翌月以降に事務局から順次お送りします。

【正会員用】入会申込書

お名前（必須）

姓
名

ふりがな（必須）

（ひらがなで入力してください）

せい
めい

性別（必須）

男性 女性

郵便番号（必須）

例：111-0000

都道府県（必須）

住所（1行目は必須）

例：杉並区荻窪1-1-1
マンション名等

電話番号（必須）（半角数字で入力してください）

メールアドレス（必須）（半角数字で入力してください）

* メールアドレスを間違えると控えのメールが届きませんので、送信前に必ず正しく入力されていることをご確認ください。

会員種別（必須）

* 賛助会員を選択する場合は「戻る」から「賛助会員」の申込ページへ移動してください。

正会員

クレジット決済金額（必須）

* 以下金額のカード決済をおこないます。

5000円

病気とのかかわり（必須）

患者自身 患者の家族 患者の友人・支援者 医療関係者 その他

その他の方はどのようなかかわりがあるかをご記入ください。

ご自分の病型（必須）

筋強直性ジストロフィー1型 筋強直性ジストロフィー2型 どちらの型かわかりません 患者ではありません

ご自分のお子さまが筋強直性ジストロフィーを持っていますか（必須）

先天性筋強直性ジストロフィー 小児期発症筋強直性ジストロフィー 該当する子どもはいません

メッセージがあればお願いします

カード情報を入力する

上記内容で送信します。確認後チェックを入れてください。

送信する

検索

📧 お問い合わせ ↻

ご入会はこちら



ご寄付はこちら



麻酔・鎮静に関するメモ



- お知らせ
- 活動レポート
- この病気とは

[診断されたばかりの方へ](#)

[病気とともに](#)

[アラートカード](#)

[患者登録](#)

[治療法開発](#)

[病気の原因](#)

[病院と受診](#)

[病院リスト](#)

[会について](#)

[ご入会にあたって](#)

[ご寄付のお願い](#)

[お問い合わせ](#)

[プライバシーポリシー](#)

[利用規約](#)

[サイトマップ](#)

Copyright © Myotonic Dystrophy Patients' Group of Japan All Rights Reserved.