

申込書

私は、間質性肺炎患者会東日本支部の会則に同意しこれを尊重して会員になる事を申し込みます。

氏名	ふりがな	年齢		性別	男・女

住所

今かかっている病院名もしくはお医者さん

今までの病気の様子（病歴）

聴きたいこと 話したいこと 話題にして欲しいこと

間質性肺炎患者会会員名簿の登録に同意していただけますか？ （はい・いいえ）

同意しない理由、もしくは御意見

ご記入いただきました個人情報は、本会運営管理にのみ利用いたします。

年 月 日