

はむるの会 入会申込書

*は必須項目です。

申込日	*		年		月		日	
氏名(漢字)	*							
氏名(カナ)	*							
郵便番号	*		-					
住所	*							
電話番号	*							
FAX番号								
Email								
病気名等 (該当する欄に○をしてください。)	*	HAM患者		ATL患者		キャリア		
		HAM患者家族		ATL患者家族		ボランティア		
		その他	(具体的に)					
会員種類 (該当する欄に○をしてください。)	*	正会員個人		正会員団体				
		賛助会員個人		賛助会員団体				
はむるの会からのお知らせを送ってもいいですか。 (該当する欄に○をしてください。)	*	形式を問わず、構わない。						
		構わないが、差出人は個人名希望。						
		構わないが、封書希望。						
		送ってほしくない。						

FAX: 046-292-5880

郵送先

〒243-0402 神奈川県海老名市柏ヶ谷584-2

医療法人社団 医誠会 湘陽かしわ台病院内 はむるの会 事務局