

◆ 振込完了書 ◆

ふりがな お名前		振込日	平成 年 月 日
ご住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
携帯電話番号			
Eメールアドレス			
振込種別 (該当する項目全て に✓下さい)	【正会員】 <input type="checkbox"/> 年会費 (¥2,000) <input type="checkbox"/> 入会金 (入会時のみ)		
	【賛助会員】 <input type="checkbox"/> 個人 (一口 ¥1,000) <input type="checkbox"/> 団体 (一口 ¥5,000)		
	【ご寄付】 <input type="checkbox"/>		
振込金額合計			

◆ 正会員・賛助会員の方は、以下のアンケートへのご回答もお願い致します。

◆連絡方法についてのアンケート◆

今後、当会からの総会、患者交流会や医療講演会などのご案内、そして会報のご送付にあたり、ご希望される連絡方法に✓を入れて下さい。(いずれも可能の場合には、すべてに✓をお願いします。)

Eメールをご利用可能な方には、できる限りEメールでのご案内をさせて頂きたく、ご理解・ご協力のほど宜しくお願い致します。

<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Eメール	
※Eメールご希望の方 添付ファイル (word, excel, PDF など) の取り扱い	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
備考	※ご連絡方法につきまして、何か注意事項などございましたら本欄にご記入下さい。

【返送先】 〒811-2109 福岡県粕屋郡宇美町桜原 1-5-24

再発性多発軟骨炎 (RP) 患者会

FAX: 092-980-1775

E-mail: info@horp-rp.com