

(郵送) 個人会員入会申込書

入会申込日： 年 月 日 (必須)

会員の種類 (必須)	正会員(患者) ・ 正会員(一般) ・ 賛助会員	
氏 名 (必須)	フ リ ガ ナ	
住 所 (必須)	〒 —	
電話番号 (必須)	()—()—()	
メールアドレス (必須)		
(患者の方) ポルフィリン症病型 (必須)		
(患者の方) (必須) 病型を集計したものを会報への掲載・ポルフィリン症研究者から求めがあったときに	同意する ・ 同意しない	
「さくら友の会」を何 で知りましたか(任意)	○ホームページ ○主治医 ○看護師 ○知人(「さくら友の会」会員・非会員) ○その他()	
会への要望・ご意見等(日常生活で困っていること、日頃感じていることなどもご記入いただければこれから会の活動の参考にしたいと思います。(任意)		

全国ポルフィリン代謝障害友の会(さくら友の会)の規約に賛同・同意します。

全国ポルフィリン代謝障害友の会(さくら友の会)の個人情報保護規則に同意します。

※ご入金確認後、最近の会報「新さくら便り」を、患者会員の方には「患者専用アンケート」(返信用切手貼付)をお送りいたします。