

# (郵送) 法人会員入会申込書

入会申込日： 年 月 日 (必須)

法人名 (必須)		
所在地 (必須)	〒 ー	
	電話	( )ー( )ー( )
担当部署 (必須)	名称	
	電話番号	( )ー( )ー( )
	氏名	フリガナ
	メールアドレス	
「さくら友の会」を何で知りましたか(任意)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 知人→さくら友の会の 会員 ・ 非会員 <input type="checkbox"/> その他( )	
さくら友の会への要望・ご意見等(任意)		
事務局処理	入金確認	年 月 日入金確認
	患者専用アンケート	年 月 日発送
	会報送付	「新さくら便り第 号」を年 月 日発送