

平成 年 月 日

群馬県脳脊髄液減少症患者会事務局 御中

## 群馬県脳脊髄液減少症患者会 入会申込書

わたくしは貴会の趣旨に賛同し  会 員 として入会を申し込みます。  
 賛助会員

入会に当たっては貴患者会事務局に年会費 2,000 円を納入します。

フリガナ		年 齢	才
申込者氏名		性 別	男性 ・ 女性
住 所	〒 —		
電話番号			
メールアドレス			

同症の患者について、以下をご記入ください。

フリガナ		申込者との関係	
患者の氏名			
患者の生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性 別	男性 ・ 女性
患者の職業・学校			
現在通・入院中の 病院名・科名・所 在市町村・主治医			
現在の症状			
これまでの簡単な 病歴・現在困って いること			