

炎症性腸疾患友の会（IBD 宮城） 入会申込書

令和 年 月 日

私は炎症性腸疾患友の会に入会したく、申し込みいたします。

フリガナ 氏 名		性別	男・女	病名	・クローン病 ・潰瘍性大腸炎 ・その他
住 所	自 宅 〒				
	その他 〒				
電話番号	自宅（ ） — 他（ ） —				
F A X	自宅・他（ ） —		生年 月日	昭和 平成	年 月 日
E-Mail			年齢	歳	
職 業			現在、主に治療を受けている医療機関		
《入会するにあたっての会への要望など》					
<p>※総会・学習会・会報等のご案内・資料等につきましては、本欄<自宅>へ送付させていただきます。他へ送付を希望する場合は、その旨ご記入願います。</p>					

※1）本申込書の取扱いについて

当申込書に記入された事項は、名簿の作成・総会の案内・会報誌その他資料等の送付・作成に使用される場合があります。但し、個人に関わる情報は本来の目的以外に使用せず、原則的に本人の承諾無しに当会役員以外への公表はいたしません。

※2）会費について

年会費は2,000円です。4月～翌年3月末までを1会計年度とし年度途中（10月～3月末）からの入会は当年度のみ半額とし、また退会された方への割戻しはいたしません。ご入会の際は郵便振込用紙にて、最寄の郵便局よりお振込み願います。領収証は振込控えをもって代えさせていただきます。

※3）資格について

炎症性腸疾患患者さん及び患者家族、医療関係者その他興味のある方なら誰でも入会できます。