

みややま乾癬友の会 入会申込書

私は、「みややま乾癬友の会」の目的に賛同し、以下の申し込みをいたします。
(会費: 2,500 円／年)

※入会申込み確認後、会費の入金方法をお知らせいたします。入金確認時点で
入会といたします。

記載年月日： 令和 年 月 日

≪連絡先など≫

郵便番号： _____

住 所： _____

氏名（ふりがな）： _____ (_____) / 男 ・ 女

(該当するものに○印： 患者 ・ 家族 ・ 医療関係者 ・ その他)

生年月日：大正 ・ 昭和 ・ 平成： _____ 年 月 日生

携帯電話番号： _____ - _____ - _____

Eメール（ある方のみ。できれば「パソコンのメールアドレス」をお願いします。学習会等のご案内をメールにて
お知らせいたします。※フリーメール可）

_____ @ _____

LINEの利用： あり / なし

知り得た個人情報は みややま乾癬友の会の活動以外の目的に使用しません。
申し訳ございませんが郵送料・通信料はご負担ください。

<送付方法>

●宮城支部への申し込み（電話でのお問い合わせはご遠慮ください）

① F A X： 0 2 2 - 2 9 1 - 8 1 1 4 （仙台医療センター皮膚科・古舘 禎騎 宛）

② E - M a i l：s.furudate@derma.med.tohoku.ac.jp（仙台医療センター皮膚科・古舘 禎騎 宛）

③ 郵送

〒983-8520

仙台市宮城野区宮城野 2 丁目11番12号

仙台医療センター 皮膚科内

みややま乾癬友の会 事務局（古舘 禎騎）宛

●山形支部への申し込み

郵送先

〒990-2334

山形県山形市蔵王成沢14 鈴木方