支えあう会「α」入会申込書

年　　　月　　　日

※お差支えのない範囲でご記入ください。ただし（必須）箇所にはご記入お願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（必須）ふりがな | | 性別 |
|  | | 男性　　　　女性 |
| 生年月日 | | （記入時の）年齢 |
| 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　 　年　 　　月　 　日 | | 歳 |
| 住所（必須） | | |
| 〒 | | |
| E-mail | | |
|  | | |
| 電話（必須）どちらかはご記入お願いします。 | | |
| 自宅　 　携帯 | | |
| FAX | 希望する連絡方法（必須・複数回答可） | |
|  | 自宅電話　　　携帯電話　　FAX　 E-mail | |
| お立場（必須・複数回答可） | 希望する会員区分（必須） | |
| 1.　がん体験者  2. 家族 がん体験者とのご関係（　　　　　）  3.　遺族　がん体験者とのご関係（　　　　　）  4.　医療関係者　具体的に（　　　　　　　　）  5.　その他　　　具体的に（　　　　　　　　） | 正会員　　　　　　賛助会員  会員には、議決権を持ち、事業に参加する正会員と、  議決権を持たずに支援する賛助会員があります。 | |
| ご病気について | 支えあう会「α」を知った経緯　複数回答可 | |
| がんの部位  現在の状況  治療前　　　　　治療中  治療終了　　　　経過観察  その他 | 1. 病院の紹介　（病院名　　　　　　　　　　）  2.　知人の紹介　（紹介者　　　　　　　　　　）  3.　チラシ・パンフレットを見て  4.　会報を見て  5.　新聞・雑誌・書籍　等  6.　インターネット  7.　その他　（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ひとこと　気にかかっていることや関心のあることを自由にお書きください。 | | |
|  | | |

ご記入いただきました個人情報は、通信などの発送や連絡、問い合わせのみに利用させていただきます。

同意なく第三者に提供することはございません。