

# 入会申込書

20 年 月 日

私は「NPO法人 黄斑変性友の会」の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。  
(年会費は別途振り込みます。)

ふりがな		生年月日		年	月	日
氏名						
住所	〒					
固定電話番号						
携帯電話番号						
パソコン メールアドレス	@					
携帯電話 メールアドレス	@					
どのようにしてこの会を知ったか？ (○をする)	1. ホームページ 2. 病院のポスター 3. 新聞・広報誌 (具体的に記入) 4. 会員紹介 5. その他 ( )					

この入会申込書に記載の個人情報は、代表世話人 高田忍、事務局長 星野龍一、アドバイザーの神谷和子さんの管理のもと、案内送付など会員への連絡に使用いたします。本人の了解なしには、それ以外の目的で使用されることはありません。

郵送：〒544-0005 大阪市生野区中川2-7-19

NPO法人黄斑変性友の会 事務局長 星野龍一宛

FAX: 06-6756-8585