



# やまぶきの会 入会申込書

お申込日 年 月 日

名前	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	M・T・S・H
				年 月 日
住所	ふりがな	電 話	自宅	
	〒 —		携帯電話など	
メール	どちらか○で囲む 1. パソコン 2. 携帯 3. なし			
	アドレス:			
連絡先	どちらか○で囲む 1. 住所と同じ 2. 住所とは異なる			
	2の方			
活動費納入	ゆうちょ銀行 *役員へお尋ね下さい。			

記入不要 (納入完了日 年 月 日)

## <お申し込み方法>

- 1.お申し込みは、はがきか Fax でお願いします。
- 2.お申し込み後、会役員より申し込み確認の電話をさせていただきます。  
(役員活動の都合により、確認のお電話に数日かかる場合もあります)
- 3.会員情報は、個人情報の方針を基本に十分留意しますが、名簿作成にあたり氏名、連絡先などの記載を希望されない方は、役員にお申し出下さい。

埼玉医科大学国際医療センター乳腺腫瘍科 Fax: 042-984-4670