

# 近畿SCD・MSA友の会入会申込書



記入日 [      年      月      日 ]

正会員(患者)       家族会員(家族)      どちらかにチェック✓をいれて下さい

※差支えない範囲でご記入ください

フリガナ				男      女
会員氏名				
会報送付先	〒			
連絡先	自宅		携帯	
E-mail				
患者の年齢	・大正      ・昭和      ・平成			年生まれ (      ) 歳
家族会員の方は	フリガナ			(患者との関係)
	患者氏名			
年会費 3,600円				

現 状	主治医	病院      科      先生		
	SCD(脊髄小脳変性症)	・ SCA 型      ・ DRPLA(歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症)      ・ 他(      )      ・ 不明		
	MSA(多系統萎縮症)	・ OPCA(オリブ橋小脳変性症)      ・ SND(線条体黒質変性症)      ・ シヤイ・ドレーガー症候群      ・ 不明		
	特定疾患医療費受給者証	有 ( 自己負担      あり      なし )		無
	介護保険証	有      介護度 (      )		無
	身障手帳	有 (      種      級 )		無
	入会動機	インターネット      医師      保健師      知人      他(      )		

賛 助 会 員	フリガナ			
	氏名			
	会報送付先	〒		
	連絡先	(自宅)		(携帯)
	E-mail			
	入会動機			年会費 101,000円 (30以上)
	職業			

[ご自由にお書きください]

※個人情報とは当会の活動以外には使用致しません