

茨城県バージャー病患者と家族の会 御中

平成 年 月 日

会費・賛助会費・申込書

茨城県バージャー病患者と家族の会の目的及び事業に賛同し、下記のとおり会費・賛助会費を申し入れます。

金額：金 _____ 円

ご寄付者 氏名： _____ (歳)

住所：〒

電話： ()

ご連絡代表者 氏名：

住所：〒

電話： FAX：

(お差し支えない範囲でご記入下さるようお願いいたします。)

1. 当患者団体の事業(または会員・賛助会員)支援をお知りになったきっかけ：

2. 病名等：

3. 印刷物(ご案内状など)のご要望： 有 ・ 無

4. その他ご意見等：
