

「市民のためのがん治療の会」入会申込書

年 月 日

フリガナ				
お名前	(姓)		(名)	
性別	男 女	生年月日	満 歳	
〒		連絡先 ご住所		
ご自宅電話	市外局番()局番()電話番号()			
ご自宅FAX	市外局番()局番()電話番号()			
e-mail				
* 原発部位				

* 申し込まれた方が、がん患者さんの場合は、お差し支えなければ原発部位を、ご記入下さい。
(ご連絡事項)