

JRPS 本部事務局FAX番号:03-5753-5176

JRPS入会申込書

申込日 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 男・女

生年月日 年 月 日

該当箇所に○印をつけてください。

1. 患者本人
2. 患者の家族（患者の夫・妻・子・親・兄弟姉妹）
3. 学術および医療従事者
4. 支援者

住所 〒 _____

電話(_____) _____

※希望する会報形式に○印をつけてください。

1. 墨字版
2. デイジー版
3. 点字版
4. メール版

メールアドレス _____

※年会費は 5,000 円です。複数の会報形式を希望の場合は、
1 形式につき 2,000 円加算となります。

※会員であることを開示したくない場合は ○ をつけてください。地域からの連絡
がなくなります。

開示可 ・ 開示不可