みよしぶどう友の会　入会申込書　（一般用）

『みよしぶどう友の会』の趣旨に賛同し入会を申込みます。

申込日：令和　　年　　月　　日

フリガナ		
氏名		
住所	〒 都・道・府・県　　市・町・村・郡	
該当する箇所に〇を付けてください。	・患者（糖尿病　　その他疾病　　） ・患者家族 ・その他（　　）	
TEL/FAX	TEL (　　)　　-	FAX (　　)　　-
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　才）　　男 ・ 女	
定期刊行物の購読開始日	『　　』月号から購読開始を希望します。 ※毎月 15 日に刊行	

※年度途中での退会，または休会された場合，会費は返還できませんので，ご了承ください。

※月刊「糖尿病ライフさかえ」は，ご記入いただいた上記の住所にお送りいたします。お間違えのないように正確にご記入ください。

※ご記入いただきました個人情報は本会で適切に管理し，会報誌及び本会からのご連絡書類等を送付する時に使用します。また，発送に関わる会社以外の第三者への提供，開示などはいたしません。

（稟議）

会長	副会長	理事	会計幹事	会計幹事	事務局