

# 特定非営利活動法人ALDの未来を考える会／A-Future 入会申込書

記入日：平成 年 月 日

資料・ご案内の送付先になりますので、※欄はもれなくご記入ください。

会員氏名(※)			
会員区分(※)	<input type="checkbox"/> 正会員 ( 5,000円/1口・年 )	申込口数： <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 個人賛助会員 ( 3,000円/1口・年 )	申込口数： <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 団体賛助会員 ( 10,000円/1口・年 )	申込口数： <input type="checkbox"/>	
患者との続柄(※)			
住所(※)	〒 都・道・府・県		
電話番号(※)			
携帯番号			
FAX			
PCアドレス			
携帯アドレス			
裏面の「個人情報保護指針」をお読み頂き、□にチェックしてください。 個人情報の取扱いについて ( <input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない )。			

患者氏名(※)			生年月日	
既往歴・治療歴				
現在の状況	検査未	検査予定あり： 予定時期 ( ) 検査予定なし： 理由 ( )		
	検査済	正常・未発症(キャリア)・発症後未治療・発症後治療中・死別 診断時期： ( 年 月頃 ) 診断時の年齢： ( 歳 カ月頃 )		
移植の状況	臍帯血移植 ・ 骨髄移植 ・ 適合ドナー待ち ・ 未移植			
	医療施設名： ( ) ドナー続柄： ( )			
家族構成(※) (氏名・続柄・年齢)				
医療施設名称 (診断された病院・ 現在かかっている 病院等)				

(※※) 欄の項目は、会員資料として算出した割合等を統計に使用することがあります。