

FAX番号 : 03-3570-0562

がん研有明友の会事務局宛

がん研有明友の会入会申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな			
お名前	男・女		
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
ご連絡先	住所	〒 -	
	電話番号	()	-
	FAX番号	()	-
	Eメールアドレス		
がん研有明病院での受診の有無		有・無 (回答は任意)	
有明友の会ご入会申込みのきっかけは？			
<input type="checkbox"/> がん研有明病院内掲示ポスター又はパンフレット		<input type="checkbox"/> がん研究会のホームページ	
<input type="checkbox"/> 知人の勧め(紹介者)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
入金方法			
<input type="checkbox"/> 現金支払			
<input type="checkbox"/> 振込み	ゆうちょ銀行	TFT内郵便局	00130-5-391166
<input type="checkbox"/> 振込み	みずほ銀行	池袋西口支店(229)	【普】1121961

※法人・団体の場合

担当部署 _____

担当者名 _____

* ご入会を希望される方は、「がん研有明友の会」規約をご承認の上、本「入会申込書」必要事項をご記入頂き、友の会事務局宛にFAX送信、又はご郵送下さい。同時に年会費の払込みをお願いいたします。

ご入金を確認させて頂いた後、事務局より「会員証」をお送りいたします。

〒135-8550 東京都江東区有明3-8-31
 がん研有明友の会事務局
 Tel:03-3570-0561 Fax:03-3570-0562