

入会申込書（個人用）

※18歳未満の方は、保護者がお申し込みください。

特定非営利活動法人（NPO法人）日本マルファン協会 代表理事殿

NPO法人日本マルファン協会の目的に賛同し、以下のとおり入会を申し込みます。

年 月 日 氏名

①該当するものに☑をつけ、振込日をご記入ください。 *必須

会員種別*	振込金額（□数と合計金額を記入ください）*
<input type="checkbox"/> 正会員	入会金1,000円 + 1□5,000円× □= 円
<input type="checkbox"/> 友の会会員（マルファンフレンズ）	（入会金なし） 1□3,000円× □= 円
<input type="checkbox"/> 賛助会員	（入会金なし） 1□3,000円× □= 円
振込日* 月 日	振込先* <input type="checkbox"/> 郵便局 振替口座01390-3-95713 特定非営利活動法人 日本マルファン協会 <input type="checkbox"/> 三菱東京UFJ銀行鶴舞支店 普通口座3674734 特定非営利活動法人日本マルファン協会

②入会必要事項を記入し、該当するものに☑をつけてください。（複数選択可） *必須

ふりがな*		ハンドル名*	会員サイトでの呼び名（ニックネーム）*
氏名*	生年月日* 年 月 日生（男・女）		
電話番号*	() - ()	FAX番号	() - ()
Eメールアドレス*	@		
住所*	〒 (もしも、住所以外に送付先を希望される場合は、下記に送付先を記入ください。) 〒		
立場*	<input type="checkbox"/> マルファン <input type="checkbox"/> 類縁疾患（ ）の <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療関係（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入会のきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> mixi <input type="checkbox"/> 患者ブログ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> イベント <input type="checkbox"/> 紹介（ 様より） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
会への要望 ご意見など メッセージ*	当会に入会し、何をしたいか、何を期待しているかなど、簡単にお書きください。		

③患者・家族の方へ 患者さんについて、下記ご記入をお願いします。該当するものに☑をつけてください。個人が特定されない形で集計し、会員交流や問い合わせ等に利用する場合があります。

(1) 病気がわかったきっかけは何ですか？
(2) 大動脈解離の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(3) 手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 眼（ <input type="checkbox"/> 網膜 <input type="checkbox"/> 水晶体 <input type="checkbox"/> 角膜） <input type="checkbox"/> 側弯症 <input type="checkbox"/> 漏斗胸 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 大動脈（ <input type="checkbox"/> 基部 <input type="checkbox"/> 上行 <input type="checkbox"/> 弓部 <input type="checkbox"/> 遠位弓部 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部） <input type="checkbox"/> 心臓（ <input type="checkbox"/> 生体弁 <input type="checkbox"/> 機械弁 <input type="checkbox"/> 自己弁） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 現在通院していますか？（ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ） はいの人は病院名・科をお書きください。（複数可） 病院名 . 科
(5) おすすめ病院・科・医師・理由を教えてください。 いない場合は、なしと記入ください。 （記入例：〇〇県〇〇市 △△病院△△科 □□□□医師 マルフানের患者をたくさん診ていて、質問に丁寧に答えてくれる）

お預かりした個人情報は事務局にて適切に管理し、当会からの各種通知などに利用いたします。ご本人の同意なく、もしくは利用範囲内を超えて、個人情報を取り扱うことは一切ありません。NPO法人日本マルファン協会