

受付番号(事務局用):

年 月 日

NPO法人 e-MADO 病気のこどもの総合ケアネット  
**会員入会申込書**

( 申込書送信先:0263-38-7156 )

会員種別 (該当の1つに○)	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体  1. 正会員 2. 団体正会員 3. 賛助会員 4. ベンチャー会員		
ふりがな ----- お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所	〒		
電 話		FAX	
連絡用メールアドレス			
コメント欄 (ご要望など自由にお書きください)		ご専門の領域	
備 考	<input type="checkbox"/> 患者様のご家族 ※3		

※1 この申し込みにより得られた個人情報、本法人の活動以外には使用しません。

※2 会員の登録は申し込みのあと、会費振り込み確認後となります。

※3 患者様のご家族が申し込む場合だけチェックを入れてください。

**入会申し込みをいただいたあと会費振込先をご連絡します。**

〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1 信州大学病院内  
NPO法人 e-MADO 事務局  
メール: office@e-mado.org