

長崎IBD友の会「your ZEAL(ユアジール)」入会申込書

年 月 日

※ 入会にあたり年会費2,500円をお振込みいただきます。あらかじめご了承ください。

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
フリガナ			
住所	〒		
電話番号		FAX	
電子メール			
フリガナ			
勤務先 (任意)			
フリガナ			
電話番号		FAX	

(備考) 発症時期の状況や現在の病状をご記載ください。

入会にあたり次の口座へ年会費をお振込みください。手数料はご負担いただきます。ご了承ください。

ゆうちょ銀行 17610-29734051
年会費 2,500円 (毎年10月～9月)