

家族の会「わかば」 入会申込書

申込日 西暦 年 月 日

入会者氏名	ふりがな		
	氏 名		
住 所	〒	—	
		都道	区市
		府県	町村
電 話 (携帯電話)	電 話 ()		
FAX		E-mail	

患者氏名	ふりがな		
	氏 名		男・女
生年月日	西暦	年 月 日	生まれ
発症原因	・交通事故 ・その他頭部損傷 ・脳血管疾患 ・心臓疾患他 ・医療過誤 その他 ()		
発症年月日	西暦	年 月 日	
患者の現状	在宅 ・入院 ・施設 ・その他 ()		
入会者との続柄	* 患者からみた入会者との関係 父 ・母 ・夫 ・妻 ・兄 ・弟 ・姉 ・妹 ・子 ・その他 ()		
常時・介護に 従事している方	* 患者からみて (いくつでも) 父 ・母 ・夫 ・妻 ・兄 ・弟 ・姉 ・妹 ・子 ・その他 ()		
ひとこと			

* この資料は患者と家族のプライバシー保護の為、一切公開致しません。

* 新規入会のお知らせを会員のみ配布の「役員会便り」に掲載してもよろしいですか？

掲載例：東京都の〇〇様が入会しました。…という形で、都道府県名と姓のみ掲載します。

了承する ・ 掲載しない

(どちらかに○をつけてください)

* 会則をご確認ください。会則は「わかばについて」ページをご参照ください。

確認のうえ同意する ・ 後日確認する

(どちらかに○をつけてください)

＜事務局記入欄＞				備考
	お問い合わせ日	申込書受理日	会費入金確認日	
月 日				
担当者				