

## はむるの会 入会申込書

\*は必須項目です。

申込日	*		年		月		日		
氏名(漢字)	*								
氏名(カナ)	*								
郵便番号	*		-						
住所	*								
電話番号	*								
FAX番号									
Email									
病気名等 (該当する欄に○をしてください。)	*	HAM患者		ATL患者		キャリア			
		HAM患者家族		ATL患者家族		ボランティア			
		その他	(具体的に)						
会員種類 (該当する欄に○をしてください。)	*	正会員個人		正会員団体					
		賛助会員個人		賛助会員団体					
はむるの会からのお知らせを送ってもいいですか。 (該当する欄に○をしてください。)	*	形式を問わず、構わない。							
		構わないが、差出人は個人名希望。							
		構わないが、封書希望。							
		送ってほしくない。							

**FAX: 046-292-5880**

### 郵送先

〒243-0402 神奈川県海老名市柏ヶ谷584-2

医療法人社団 医誠会 湘陽かしわ台病院内 はむるの会 事務局