

(12～17項目は任意記入です。)

申込日 年 月 日

NPO法人 ジストニア友の会 入会申込書

フリガナ	
1 名前	
2 生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳 (男・女)
3 郵便番号	〒
4 住所	
5 電話番号	
6 Eメールアドレス	
7 職業	
8 患者ですか？	1. 患者本人 2. 患者の家族 3. その他
9 会員種別 ○を付けて下さい	1. 第1号正会員 2. 第2号正会員 3. 賛助会員
10 病名 ○を付けて下さい	1. 痙攣性発声障害 2. 眼瞼痙攣 3. 痙性斜頸 4. 書痙 5. 音楽家のジストニア(楽器: 6. 遅発性ジストニア 7. その他)
11 上記で6.その他に 該当する場合の病名	
12 病院・診療科 ・主治医 注:複数の病院に通院している 場合は番号をつけて 記入して下さい。	病院名 病院所在地 都道府県 区市郡 診療科 主治医
13 治療の経過と現状	
14 現在の症状	
15 障害年金・障害等級 等公的補助受給の有無	
16 困っていること	
17 会への要望など	
会費入金(事務局記入)	円 年 月 日