

# 鹿児島乾癬患者会(KAPPA) 入会申込書

申し込み日 平成 年 月 日

住 所	〒
ふりがな 氏 名	( )
生 年 月 日	( M ・ T ・ S ・ H ・ 西 暦 ) 年 月 生まれ
性 別	男 ・ 女
電 話 番 号	固 定 電 話 : 携 帯 電 話 :
F A X 番 号	
メー ル ア ド レ ス	パ ソ コ ン : 携 帯 :
そ の 他 (質問等を記入してください)	

※ 上記内容は、個人情報保護法の趣旨に則り、当会の運営以外には使用いたしません。

郵送 または FAX にて 入会申込書をお送りください。

< 入会申込書送付先 >	〒892-0826 鹿児島市呉服町2-15 猿渡ひふ科クリニック内 鹿児島乾癬患者会(KAPPA)事務局 FAX 099-833-3140 メールアドレス <a href="mailto:kagoshima.ppa@gmail.com">kagoshima.ppa@gmail.com</a>
--------------	---

年会費として 2,000円 (4月1日～翌年3月31日)いただいております。

下記までお振込みをお願いいたします。

ゆうちょ銀行 記号 17800 番号 16519031 名義 カゴシマカンセンカンジャカイ(カッパ)  
鹿児島乾癬患者会(KAPPA)  
他の金融機関からの場合 ( ゆうちょ銀行 支店名 七八八店 口座番号 1651903 )