

新規



江戸川くすのき会入会申込書

申込日	平成 年 月 日		
診察券ID番号			
ふりがな			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
住所	〒 ー		
電話番号	()	日中に連絡 取れる所に ○をお願いします。 →	
携帯番号	()		

- 1.会報や通知等が確実にお手元に届くように、送付先の住所を正確にご記入ください。
- 2.ご記入いただいた個人情報は「江戸川くすのき会」の運営に関わることに使用し、事務局で管理・保管致します。

様

平成 年 月 日

領収書

¥

但し 江戸川くすのき会会費として
上記金額確かに領収致しました。

江戸川くすのき会事務局

TEL: 070-5565-4523