



# 江戸川くすのき会新規申込書

申込日	令和 年 月 日		
診察券ID番号			
ふりがな			
氏名	様		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
住所			
電話番号	( )	日中に連絡が 取れる方に○ をお願いします。 →	
携帯番号	( )		
さかえ有り(300円/月・3600円/年) * 年度途中入会は月割		どちらかに○を をお願いします。 →	
さかえ無し(1500円/年)			

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

令和 年 月 日

## 領収書

但し 江戸川くすのき会会費(2024/4-2025/3月分)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