CADASIL友の会

入会申込書

入会ご希望の方は、下記項目をご記入の上、郵送あるいはFAXにて

事務局までお送りください。

　　　　年　　月　　日　記入

ふりがな

お名前：　　　　　　　　　　 　　　 　　性別： 男　女

生年月日：（昭和・平成）　　年　　月　　日生まれ　　　　　歳

連絡先： 本人・家族（お名前　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご住所：〒　　　 －　　 　　　 　　　 　 都・道・府・県

電話番号：

Eメール：

＊ご記入いただいた個人情報は、友の会からの連絡や会の活動以外の目的では利用いたしません。個人情報保護法に則り厳重に保管します。

 （事務局）〒514-8507　三重県津市江戸橋2丁目174

　 三重大学医学系研究科神経病態内科

 FAX：059-231-5082

 E-mail：cadasil@med.mie-u.ac.jp