

# 北海道がん患者連絡会 入会申込書

FAX：011-824-2706

メール：100-mb05gas2@mail.hosp.go.jp

申込年月日

年 月 日

フリガナ		
団体名(正式名称) または個人名		
フリガナ (団体の場合) 代表者名	(職名)	
フリガナ (団体の場合) 担当者名	(職名)	
団体または個人の 連絡先	住所	〒(      -      )
	電話	
	FAX	
	Eメール	
	ホームページ	
(団体の場合) 設立時期	昭和・平成・令和      年      月      日	
(団体の場合) 会員数	名	
(団体の場合) 会員募集の有無	有 ・ 無	
(団体の場合) 入会の条件		
(団体の場合) 活動内容		
(団体の場合) 活動地域		
その他	団体の場合、ホームページ等で公開して良い情報の範囲に○をつけてください。 代表者名 ・ 担当者名 ・ 住所 ・ 電話 ・ FAX ・ Eメール ・ ホームページ	