

Fax 03-6907-3529

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会 行

入 会 資 料 請 求 書

_____年 _____月 _____日

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会

代表理事 竹田保 殿

(フリガナ) (_____)

保護者氏名

(フリガナ) (_____)

患者氏名

患者生年月日 _____年 _____月 _____日

住 所

〒

電話番号 : _____ FAX : _____

メール : _____

◆今、一番こまっていることは？