

# 「関西GIST患者と家族の会」入会申込書

NO.							年	月	日
名 前	フリガナ			性別	男・女	年齢	患者本人・家族・その他		
住 所	〒								
連絡先	電話番号	自宅				携帯			
	メールアドレス	メールによる連絡を（ 希望する・希望しない ）							
備 考	※原発部位、現在の治療状況など								

※ご記入いただいた個人情報は、患者会の目的の範囲で利用し、これらの目的以外で利用する場合には事前に確認または同意を求めます。