

# 北海道がん患者連絡会 入会申込書

FAX : 011-824-2706

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ 法人名または 団体名 (正式名称)		
フリガナ 代表者名	(職名)	
フリガナ 担当者名	(職名)	
法人または団体の 連絡先	住所	〒(      -      )
	電話	
	FAX	
	Eメール	
	ホームページ	
設立時期	昭和・平成      年      月      日	
会員数	名	
会員募集の有無	有 ・ 無	
入会の条件		
活動内容		
活動地域		
世話人参加の有無	有 ⇒ (参加氏名      )      無	
その他	※参加して頂ける場合は各団体1名でお願いいたします	
	「第3回北海道がん患者交流会」にも参加いただける方は下記に参加者氏名を記載していただければ別紙の参加申込用紙は不要です	
	その他なにかありましたらご記入ください	

