

線維筋痛症 慢性疲労症候群患者会「痛流」

(tool) 入会申込書

ふりがな

お名前

ご住所〒

連絡先ご自宅 TEL・FAX

携帯番号

携帯メールアドレス

パソコンアドレス

生年月日

歳

あてはまるものに○をお付けください

線維筋痛症患者	慢性疲労症候群患者	医療関係者	一般の方
線維筋痛症家族	慢性疲労症候群家族	その他 ()

会員の種別

正会員 賛助会員 (口数) 特別賛助会員 (口数)

「痛流」へご要望、ご提案がございましたらお書き添えください