ガンフレンド入会申込書

申込年月日	平成　　年　　月　　日	受付年月日 会員番号

お名前		姓	名	性別	男・女
	フリガナ				
	漢字			年齢	歳
	ペンネーム				
住所	〒				
電話			FAX		
e－mail					
がんの原発部位	部位				
	治療方法				
現在治療中部位	部位				
	治療方法				
今までに治療を受けた病院					
ご意見等	・患者本人　・患者家族　・その他（　　）				

※ペンネームとはニックネーム又はハンドルネーム等の愛称や通称です。
本名は、個人情報保護のために避けて下さい。