**入会申込書受付No.**※ご記入日：西暦　　　年　　月　　日

**中性脂肪蓄積心筋血管症（TGCV）患者会 入会申込書**

※**□私は、主治医よりTGCV確定診断を受け、患者会入会を希望します。**

※印の箇所は必須情報です。□に✔印または、ご記入をお願いします。

※ふりがな：

※お名前：

※年代：20代・30代・40代・50代・６０代・７０代・８０代

※性別：　　男　　／　　女

※ご関係：患者本人

家族（続柄：　　　　　）

その他

※郵便番号：

※ご住所：

※連絡先：TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯：

FAX:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

※ご入会について：当患者会の患者様のご入会はTGCVの診断を受けておられる患者様と

そのご家族が対象です。ご入会にあたり患者会事務局より主治医の先生にご連絡させていただくこともあります。以下の欄にご記入をお願いいたします。

□主治医からTGCVの確定診断を受けている　□TGCV確定診断については不明

※通院している病院名：　　　　　　　　　　　　　　　※主治医の先生；

通信欄：患者会会員の方や事務局にメッセージなどがございましたらご記入ください。

入会申し込みの個人情報は、会員登録後、会報の郵送や患者会からの連絡時の使用目的以外に使用することはありません。入会申込書は、メール添付もしくは、封書にて患者会事務局宛にお送りくださいませ。申込書受領後、確認のご連絡をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

**宛先**：〒565-0874　大阪府吹田市古江台6-2-4 　理研生命システム研究棟B棟　N212号TGCV患者会事務局 橋本千佳子宛　　Email：kanjakai@outlook.jp 　携帯tel：090-8572-5326