

# 静岡リウマチネットワーク入会申込書（患者さま用）

年 月 日

静岡リウマチネットワークに入会したいので、登録内容を添えて申し込みます。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

連絡先住所

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_) FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

主に受診している医療機関 \_\_\_\_\_

ご希望の連絡方法をお選びください

1、会報（郵送）

2、メールマガジン（電子メール）

その他希望されることがございましたら、お書きください

---

お申し込みは 郵送、FAX、電子メールいずれも可能です。

静岡リウマチネットワーク事務局

〒431-3192 浜松市東区半田山1-20-1 浜松医科大学第三内科内

TEL 053-435-2267, FAX 053-434-2910

[E-mail: srn@hama-med.ac.jp](mailto:srn@hama-med.ac.jp)

[http:// www.hama-med.ac.jp/rheumatism/index.html](http://www.hama-med.ac.jp/rheumatism/index.html)

後日会員登録証を送付させていただきます。