

## PPPコミュニティ 入会申込書

下記**太枠内**にご記入下さい。すべての記入が**必須**です。

		申込日	年	月	日
名前		ふりがな			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
住所	〒				
e-mail					
電話番号	— — (連絡が取れる電話番号をお書き下さい)				
連絡手段	<input type="checkbox"/> 郵送希望 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> 電話希望 (今後の連絡方法手段です)				
会の趣旨	<input type="checkbox"/> PPPコミュニティの会則及びミッション・入会審査基準書を遵守致します				
病歴	年				
病院名	(掌蹠膿疱症かかりつけ医をお書き下さい)				
症状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状あり <input type="checkbox"/> 骨関節症状あり (該当する項目にレ点を入れて下さい)				
日常生活で支障をきたした事を記入して下さい					

その他この会でやりたい事等自由にお書き下さい。(任意)


※送られました情報は厳重に管理され、会の運営目的以外には使用致しません。

※会のよりよい運営のため年会費を徴収しております。入会申込書が届き内容確認後郵送にて振り込み用紙をお送り致します。(入会費¥1,000 年会費¥3,000)

※郵送希望の場合は手続きに1か月ほどかかります。ご了承下さい。

※かかりつけ医の記入は掌蹠膿疱症の患者であることを確認する為に記入して頂いております。

(会の運営上必要な事が無い限り、会よりかかりつけ医に確認する事はありません)

### 入会審査基準書

1. 掌蹠膿疱症の患者及びその家族であること
2. ミッションを良く理解して頂き、PPPコミュニティの会則を遵守すること
3. PPPコミュニティ内における個人の宗教的及び商業的活動は一切しないこと