

☆患者さんは患者会員申込書にご記入ください。

購読会員申込書

年 月 日

ふりがな

氏 名： _____ 性別： _____ ※必須

生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳)

〒 _____ ※必須

住 所： _____ ※必須

電 話： _____ ※必須 F A X： _____

メールアドレス： _____ @ _____

勤務先（職業）： _____

当センターを知ったきっかけは？： 1.医師に紹介されて _____ 2.酸素業者に紹介されて _____

3.医学雑誌を見て _____ 4.インターネットで _____

5.その他 _____ 回答： _____

☆入会のきっかけ等をご記入ください

NPO 日本呼吸器障害者情報センター

送信先 info@j-breath.jp

住所：〒113-0021 文京区本駒込 2-28-1 A-801

TEL:03-5981-1181 FAX:03-5981-0294