

入会申込書

平成 年 月 日

大阪精神医療センター家族会 様

大阪精神医療センター(乃ぎく会)に、①家族会員 ②患者会員 ③賛助会員 として
次の会費をそえて入会します。

平成 年 月 ~ 平成 年 月までの会費 金 _____ 円

| | |
|----|---------|
| 住所 | 〒 _____ |
|----|---------|

| | |
|----------------|-------|
| 電話番号 (_____) | _____ |
|----------------|-------|

| | | | |
|---------|--------|--|----------|
| ①家族会員氏名 | 患者氏名 | | 入院 通院 |
| | 会員との続柄 | | |
| ②患者会員氏名 | 通院医療機関 | | 入院 通院 |
| ③賛助会員氏名 | 患者氏名 | | 入院 退院 |
| | 会員との続柄 | | |
| | 通院医療機関 | | |
| その他 | | | |