

入 会 申 込 書

令和 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家族会（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。

令和 年度 会費 金 _____ 円

住所	〒 _____		
電話番号	自宅 () _____		携帯 () _____
① 家族 会員 の方	家族 氏名 <small>ふりがな</small>	ふりがなをかいってください	患者氏名 <small>ふりがな</small>
	ふりがなをかいってください	ふりがなをかいってください	年齢 (歳)
		会員との続柄 <small>あなたから見て (長男・妹・妻など)</small>	入院 通院
② 患者 会員 の方	患者 氏名 <small>ふりがな</small>	ふりがなをかいってください	年齢 (歳)
	ふりがなをかいってください	入院 通院	(参照)
		①家族会員 精神医療 センターの 患者さん ご家族の 方です	②患者会員 精神医療 センターの 患者さん 一人暮らし の方に 限ります
		③賛助会員 ①②以外 の方でこの 会の趣旨に 賛同して 下さる方 です	
③ 賛助 会員 の方	家族 氏名 <small>ふりがな</small>	ふりがなをかいってください	患者氏名 <small>ふりがな</small>
	ふりがなをかいってください	ふりがなをかいってください	年齢 (歳)
	ふりがなをかいってください	会員との続柄 <small>あなたから見て (長男・妹・妻など)</small>	入院 通院
		通院医療機関	
そ の 他	主治医名 () 通院曜日 ()		