

ドライマウス患者友の会入会申込書

(ドライマウスカードのみご希望の場合は、下記ドライマウスカード申込欄にご記入下さい)

フリガナ：	
お名前：	
年 齢：	() 歳
性 別：	1. 男性 2. 女性
ご住所：	〒 -
電話番号：	
FAX 番号：	
メールアドレス：	
備考欄：	

ドライマウスカード申込

お名前	
送付先 ご住所	〒 -
電話番号：	

ご入会/カードお申込の際は、本紙をFAXまたは郵便で下記へお送り下さい。

①FAXの場合：FAX番号：**045-572-2763**

②郵便の場合：〒230-8501

神奈川県横浜市鶴見区鶴見 2-1-3

鶴見大学歯学部病理学講座内

「ドライマウス患者友の会」 宛