（患者様専用）

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、下記の“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	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
備考欄	

ドライマウスカード申込

お名前	
ご住所	〒　　－
電話番号	

【ご入会/カードお申込】

本紙をＦＡＸまたは郵便で下記へお送りいたくか、メールで上記内容を記載の上、送信して下さい。

①ＦＡＸの場合：ＦＡＸ番号：045-572-2763

②郵便の場合　：〒101-0061
東京都千代田区神田三崎町2-20-7
水道橋西口会館3階
ドライマウス研究会「ドライマウス患者友の会」宛

③メール送信の場合：　office@drymouth-society.jp