

会員名簿確認票（兼入会申込書）

メールにて入会のお問い合わせをいただく機会が増えたため会員名簿確認票を入会申込書と兼用することと致しました。

必要事項をご記入のうえ、当会事務局まで郵送またはFAX（042-302-2248）にてお送りください。また、何らかの変更が生じた場合は、お手数ですが事務局までお知らせください。

◇◆◇ 記入にあたって ◇◆◇

・住所、氏名、フリガナ、生年月日は記入してください。選択肢の項目は丸を付けてください。（この項目は各会員の基礎データを正確に把握するためのものです）

・住所は住民票記載の住所をお書きください。連絡先や郵送先を別に希望される方は〔住所2〕の欄に記入してください。（この項目は会員が東京都民であるかを把握するためのものです）

※賛助会員、OB・OG会員、法人会員は以上までで結構です。

・〔保護者名〕の欄は、会員が20才未満の場合、または、20才以上で保護者の看護を要する状態にある場合に記入してください。

・〔病名〕の欄は、会員構成や会の動態を把握するための重要なデータとなりますので、ぜひご記入ください。

——— 会への連絡・近況など ———

会 員 名 簿 確 認 票

フリガナ		男・女
氏 名		大・昭・平・令 年 月 日生
住所 〒 -		
電話番号： - -		FAX： - -
住所2 〒 -		☐ こちらを連絡先とする
電話番号： - -		FAX： - -
保護者名	メールアドレス（連絡用）	
病名・病型 ○を付けてください (Ⅰ) 筋ジストロフィー (Ⅱ) 進行性筋萎縮症 ・デュシェンヌ型 ・ウェルドニッヒ・ホフマン病 ・ベッカー型 ・クーゲルベルク・ウェランダー病 ・エメリ・ドレフェス型 ・脊髄性進行性筋萎縮症 ・肢帯型 ・筋萎縮性側索硬化症（ALS） 1. 重症・サルコグリカン異常症 ・シャルコー・マリー・トゥース病 2. 中等・軽症 ・デジェリース・ソッタ病 ・先天性筋ジストロフィー ・先天性ミオパチー 1. 福山型 2. 非福山型 ・遠位型ジストロフィー ・その他の疾患 1. 三好型 () 2. 空胞型 ・顔面肩甲上腕型ジストロフィー ・不明・確定診断を受けていない ・ウェランダー型遠位型ジストロフィー ・筋強直性（筋緊張性）ジストロフィー		
Q. 人工呼吸器を使用していますか？		・している ・していない
Q. 気管切開をされていますか？		・している ・していない