

脳腫瘍ネットワーク会員登録用紙（正会員・賛助会員共通）

会員登録用紙をプリントアウトし、内容を記入後JBTA事務局までお送り下さい。

Fax:044-588-5620 Tel:090-1432-7694

NPO法人 脳腫瘍ネットワーク 〒230-0071横浜市鶴見区駒岡4-26-18 磯ヶ谷様方

1. 正会員、賛助会員をお申し込みの方必須項目

申込者氏名※ 姓 _____ 名 _____ ※は必須項目です

フリガナ※ セイ _____ ナマエ _____

申込者の年齢 _____ 歳 ※ 会員の種類 正会員 (患者ご本人 ご家族) 賛助会員

家族の方は患者との続柄※ _____

〒※ _____ 都道府県※ _____

住所※ _____ マンション名、号などまで
パンフレット等の郵便物を送付させていただきますので、お受け取りになれるご住所をご記入ください。

電話番号※ _____ FAX番号 _____

携帯番号 _____

E-mailアドレス※ _____ ※アルファベットの大文字、小文字、
数字ははっきりとお書き下さい。

登録ユーザー名※ _____ 半角英数5文字以上 ※パスワードは後日、事務局から提供させていただきます

会費振込予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 正会員をお申し込みの方のみ任意ご質問項目 賛助会員をお申し込みの方は、3へお進みください

患者年齢 _____ 歳 性別 男性 ・ 女性

腫瘍名 _____

部位 _____

グレード _____

病理診断名 _____ (診断を受けている方をご記入下さい)

発症年月 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発症年齢 _____ 歳

病院名 _____

受診科 _____

主治医名 _____

治療経過 ●手術 有・無 ●放射線治療 有・無 ●化学療法 有・無

セカンドオピニオン 有・無 病院名 _____

現在の状況 治療中 ・ 予後観察中 ・ 治癒 ・ その他

要望・参加理由・
困っている事等 _____

3. 賛助会員をお申し込みの方のみ任意ご質問項目

所属職種 医療 ・ 教育 ・ 福祉 ・ その他一般 (該当するものに○をつけてください。)

ボランティア活動への参加 可 ・ 不可

要望・参加理由など _____

4. 正会員、賛助会員両方の方向け ご質問項目

本会をお知りになったきっかけ