令和　　年　　月　　日

**腎友会（患者会）入会申込書**

私は相模原市腎友会、NPO法人 神奈川県腎友会および一般社団法人 全国腎臓病協議会に入会します。施設内患者会が在る場合は同時入会します。

**透析施設名：**

**氏名：**

**生年月日：**大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳）

**住所：**〒

**電話番号：**（　　　　）　　　　　　　－

**透析開始日：**昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　（注）該当する□にレ印を付けてください。

**透析日：** □　月・水・金　　□　午前　　□　午後　　□　夜

□　火・木・土　　□　午前　　□　午後　　□　夜

**腎友会会費：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般社団法人全国腎臓病連絡協議会会費 | １５０円／月 | ５，４００円／年 |
| NPO法人 神奈川県腎友会会費 | ３００円／月 |
| 相模原市腎友会会費 | １５０円／月 | １，８００円／年 |
| 合計 | ６００円／月 | ７，２００円／年 |

* **施設内患者会が在る場合は、その会費がプラスされますのでご了承ください。**

**入会申込方法：**入会を希望される方は、この「腎友会入会申込書」にご記入のうえ、下記に

ファックスしてください。会費納入方法については別途ご連絡します。

**ファックス　０４２－７４８―３７７３　羽田　彌 宛**

**（注）個人情報保護法に準拠し、本目的以外の開示は行いません。**