

# アイ・ビー・リーグ・クラブ 入会申込書



## ●申込者(患者さん本人)

|  |             |      |    |              |     |            |
|--|-------------|------|----|--------------|-----|------------|
| フリガナ<br>お名前                            | UC          | 申込日  | 年  | 月            | 日   | 申込者印 (認め印) |
|  | CD          | 生年月日 | 年  | 月            | 日   |            |
| (潰瘍性大腸炎の方は、UCに、クローン病の方は、CDに○をお付けください。) |             | 満    | 歳  | 男・女          |     |            |
| フリガナ<br>住所                             | TEL:        | FAX: |    | E-Mail アドレス: |     |            |
| 携帯:                                    |             |      |    |              |     |            |
| 職業<br>仕事内容                             | ※親権者<br>後見人 |      | 続柄 |              | 同意印 |            |
| ※申込者(患者さん本人)が未成年の場合ご記入下さい              |             |      |    |              |     |            |

## ●入会を希望されるご家族 (上記の申込者の記入は不要) ご家族でUCまたはCDの方は、同様に○をお付けください。

|             |     |      |   |   |   |     |             |    |    |
|-------------|-----|------|---|---|---|-----|-------------|----|----|
| フリガナ<br>お名前 | 職業: | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 申込者との続柄 ( ) | UC | CD |
| フリガナ<br>お名前 | 職業: | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 申込者との続柄 ( ) | UC | CD |
| フリガナ<br>お名前 | 職業: | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 申込者との続柄 ( ) | UC | CD |

## ●ご記入下さい

◎アイ・ビー・リーグ補償共済制度加入申込書類一式(一家族でワンセット)をご希望の方は、「はい」に○をおつけください。  
事務局より書類を送らせて頂きます。

補償申し込み書類一式 希望: はい ・ いいえ

◎アイ・ビー・リーグ・クラブのことをどのようにしてお知りになりましたか?  
患者会( )、主治医、栄養士、ソーシャルワーカー、友人・知人、講演会( )  
インターネット、その他( )

◎ホームページなどを見られる環境はありますか? はい ・ いいえ

※ 入会金はいただいておりませんが、入会に際し、ご家族1単位で、年会費1,000円を郵便局の下記口座にお振込み下さい。

口座名: **アイ・ビー・リーグ・クラブ事務局** 口座番号: **00160-5-25932**

※ 申込日をご記入下さい。申込日より1年間が会員期間となります。

※ ご入金確認後、会員番号を郵送いたします。

※ ご記入頂いた情報はアイ・ビー・リーグ・クラブの活動目的以外には使用致しません。

※ 郵便振替の払込金受領証をもって当クラブの領収証に代えさせていただきます。

**アイ・ビー・リーグ・クラブ事務局** 〒106-0032 東京都港区六本木2-3-8ミノウラビル6F  
ファックスでもお申込できます **FAX.03-5573-2620** TEL.03-5545-4860