NPO法人 ジストニア友の会　　入会申込書

（１～９の項目記入は必須です。）　　申込日　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ	
１ 名　　前	
２ 生 年 月 日	年　　月　　日　　歳　（ 男 ・ 女 ）
３ 住　　所	〒
４ 電 話 番 号	
５ メールアドレス	
６ 職　　業	
７ 患者ですか？	1. 患者本人　2. 患者の家族　3. その他
８ 病　　名 〇を付けて下さい	1. 痙性斜頸　2. 眼瞼痙攣　3. 書痙　4. 痙攣性発声障害　5. 全身性 6. 職業性or音楽家のジストニア（職業or楽器：　　） 7. 遅発性ジストニア（薬剤性ジストニア）　8. 外傷後ジストニア 9. その他（　　）
９ 会 員 種 別 〇を付けて下さい	1. 第１号正会員 … 特発性（原因不明であり、他の病気や薬が原因ではない）ジストニア患者 2. 第２号正会員 … 他の病気や薬が原因、外傷性、遅発性のジストニア患者、家族、支援者など 3. 賛助会員 … この法人の目的に賛同する団体
１０ 病　　院	病院名 病院所在地　　都道府県　　区市郡 診療科 主治医
１１ 治療の経過と現状	
１２ 現在の症状	
１３ 障害年金・障害等級等 公的補助受給の有無	
１４ 困っていること	
１５ 会への要望など	