

ひまわりの会 入会届

入会日 平成 年 月 日

お子さんのお名前 【 】

生年月日 【 】

お子さんの病状（トリチャーコリンズ症候群・ネイガー症候群・
その他の方）小顎症・小耳症・気管切開・指欠損など 病状を
簡単にお書きください

[]

住所 【〒 】

電話番号 【 （ FAXあり・ FAXなし） 】

メールアドレス 【 】

保護者の方のお名前と家族構成など。
ひまわりの会の事をどのようにして知りましたか？

[]

※この書類は会員名簿に記されます。それ以外には使用することはありません