**NPO法人東京乾癬の会P-PAT　賛助会員入会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 法人・団体名 |  |
| 個人の住所  （法人等の場合） 所在地 | （〒　　　　─　　　　　　） |
| 代表者名 | （職名：　　　　　　　　　　） |
| ご担当者名 | （職名：　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 | （内線：　　　　　　　　　　） |
| FAX番号 |  |
| 電子メール |  |
| 賛助会費 | 法人/団体1口 100,000円　 お申込み口数　【　　　　】口 |

（※）賛助会員には乾癬フォーラムのご案内他イベントのご案内（会員限定含む）及びP-PAT Letter「PSORIASIS」を始めとした乾癬に関する情報をお届けいたします。

NPO法人東京乾癬の会P-PATの目的に賛同し、貴法人の定款その他の規程を遵守することを誓約の上、賛助会員としての入会を申し込みます。

申込年月日　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　　月　　　　日

法人又は団体名