

平成27年度子宮頸がんワクチン被害者連絡会  
神奈川県支部会員申込書

平成 年 月 日

【加入期間】	平成 年 月 日～平成 年 月 日
【加入ご家族名】	 *家族名は代表の方1名で結構です。
【被害者本人名】	
【連絡先】	ご住所
	TEL
	FAX
	メールアドレス
【会費金額/支払い方法】	ヶ月×200円＝ 円 現金/口座 *どちらか希望する方に○をつけて下さい。

よろしくお願ひ申し上げます。

領 収 書

様

¥

\*会員として( ヶ月×200円＝ 円)

平成 年 月 日

子宮頸がんワクチン被害者連絡会神奈川県支部

代表 山田真美子