申込日　　年　　月　　日

医療法人知命堂病院応援団入会申し込み

フリガナ			
氏　　名			
住　　所	〒		
電話番号		メールアドレス	
寄附の同意	クラウドファンディングを実施する際にご案内をお送りしてもいいですか？　　はい　・　いいえ		

メッセージ	

申込日　　年　　月　　日

医療法人知命堂病院応援団入会申し込み

フリガナ
氏　　名
住　　所　〒
電話番号　メールアドレス
寄附の同意　クラウドファンディングを実施する際にご案内をお送りしてもいいですか？　はい　・　いいえ
メッセージ