

別紙

先天性大脳白質形成不全症家族会 入会申込書

【申し込まれる方について】

お名前（漢字）：

お名前（ふりがな）：

住所（都道府県）：

メールアドレス：

【患児・患者について】

お名前（漢字）：

お名前（ふりがな）：

性別：

年齢：

病名：

その他ご意見やご質問などありましたらお書きください

※個人情報の取り扱いについて

記入いただきました個人情報は、セミナー開催の通知用に使用いたします。その際はメールを「mail@pmdjapan.org」から送信いたしますので、pmdjapan.orgからのメールが受け取れるよう設定をお願いします。また、本人が特定されない形で、研究班や厚生労働省などへ情報提供を行う場合（主に都道府県別の患者数の把握など）がありますのでご了承ください。

【家族会代表について】

代表の田中正憲と申します。2023年4月より、藤原さんより代表を引き継ぎました。

神奈川県横浜市在住。患児（息子）は2023年9月現在17歳（高校3年生）です。妻と8歳の娘の四人家族です。よろしく願いいたします。