

「ラポールの会」とは

「ラポールの会」は、過去にがんに罹患したことのある元患者や現在治療中あるいは経過観察中の患者ならびにその家族を中心に結成された「がん体験者とその家族の会」です。

現在、会員とその家族が「自分の健康は自分で守る、自分で取り戻す」を合言葉に、心と体の健康を維持したり、病気を克服するため自主的に様々な活動に取り組んでいます。

「ラポールの会」入会方法

(1) 下記の入会申込書に必要事項をご記入の上、FAX 送信または郵送してください。

＜郵送先＞ 〒300-0051 茨城県土浦市真鍋 2-12-16 マイステージ6番館 102 号
ラポールの会事務局

＜FAX 送信先＞ 029-801-3833 (宛名) ラポールの会事務局

(2) 入会申込票が届き次第、事務局より着確認の電話またはメールをいたします。

(3) 確認の電話(またはメール)が届いてから、下記の銀行口座に年会費(下記の表のとおり)を振り込んでください。

常陽銀行荒川沖支店 普通口座 1405691 ラポールの会代表 野本篤志

(4) 振り込みが確認できましたら会員証をお手元に郵送します。

入会月	会費	入会月	会費	入会月	会費
4月	3,000円	8月	2,200円	12月	1,200円
5月	2,800円	9月	2,000円	1月	1,000円
6月	2,600円	10月	1,800円	2月	800円
7月	2,400円	11月	1,600円	3月	600円

(*) 4月更新。入会金 600円、年会費 200円/月で計算。

(きりとり線)

ラポールの会入会申込書

氏名 (ふりがな)	生年月日	年齢	性別
()	[明・大・昭・平] 年 月 日	才	男・女
住所			
(〒 -)			
電話番号	FAX番号		
()	()		
携帯番号	E-メールアドレス		
会員種別			
<input type="checkbox"/> がん患者本人 <input type="checkbox"/> がん体験者本人(元患者) <input type="checkbox"/> 身内ががん患者またはがん体験者 <input type="checkbox"/> がん患者遺族 <input type="checkbox"/> その他(上記の条件に該当しないが会の趣旨に賛同される方)			



FAX 番号 029-801-3833