

受付番号： _____

アデランス愛のチャリティ 応募用紙

※ご注意：応募につきましては、下記の同意事項をご確認の上、お申し込みください。

■同意事項

①個人情報保護

応募用紙の内容については、本チャリティ目的以外で使用することはありません。
また、本書は当社が責任を持って焼却処分いたしますのでご理解願います。

②応募条件

一人でも多くのお子さまにプレゼントさせていただきたいという主旨から、
チャリティへの応募は一人一回限りとさせていただきます。

記入日 20 / /

お子さまのお名前 (フリガナもご記入ください)		(フリガナ)
お子さまの性別		男・女
お子さまの生年月日(年齢) ※1回目の面談時に保険証をご持参ください。		(西暦) 年 月 日 (才)
お子さまの脱毛の原因 (いずれかに○をしてください)		1. 放射線・投薬治療による脱毛 2. 円形脱毛症 3. 生まれつき(先天性無毛症) 4. ケガ・ヤケド・手術跡 5. アトピー性皮膚炎による脱毛 6. 脂腺母斑(あざ) 7. 出産時の吸引分娩跡 8. トリコチロマニー 9. その他()
保護者様氏名		
ご自宅の住所		
お電話番号 (連絡がつきにくい方は、携帯電話の番号をご記入ください)		電話番号： 携帯電話：
ご紹介者 (ご紹介者がいる場合のみご記入ください)	医療機関名	
	診療科名	
	担当医師名・ 看護師名など	
ご要望・ご質問欄		

■送付先

〒160-0022 東京都新宿区新宿3-1-22 ADビル8階 アデランス愛のチャリティ係

■お問い合わせ先

アデランス愛のチャリティ係 TEL: 03-3350-3201
(受付時間: 土・日曜・祝日を除く 10:00~18:00)