

入 会 申 込 書： 一般社団法人山梨健康DNA情報バンク

基本情報(必須)

<input type="checkbox"/> カナ	
<input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
<input type="checkbox"/> 年齢	
<input type="checkbox"/> 生年月日(西暦)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 電話番号	
<input type="checkbox"/> FAX番号	
<input type="checkbox"/> Eメールアドレス	
<input type="checkbox"/> 郵便番号	
<input type="checkbox"/> 住所	

私は、一般社団法人山梨健康DNA情報バンク（以下、「山梨DNAバンク」という。）に入会し、山梨DNAバンクが実施する健康研究・調査に任意で参加します。私は、私の健康情報を知りたいことを希望し、匿名で私の健康情報が研究に利用されることに同意し、以下に記名・捺印します。

名 前: _____ **印** _____

健康度情報(任意) ※健康度の分析に利用し、病気の分析には利用しません。

<input type="checkbox"/> 身長(cm)	
<input type="checkbox"/> 体重(cm)	
<input type="checkbox"/> 腹囲(cm)	
<input type="checkbox"/> ヒップ(cm)	
<input type="checkbox"/> アンダーバスト(cm)	
<input type="checkbox"/> トップバスト(cm)	
<input type="checkbox"/> だいたいの最高血圧(mmHG)	
<input type="checkbox"/> だいたいの最低血圧(mmHG)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病の有無	
<input type="checkbox"/> 高血圧症の有無	
<input type="checkbox"/> 血液型	
<input type="checkbox"/> 喫煙習慣の有無	
<input type="checkbox"/> 飲酒習慣の有無	
<input type="checkbox"/> 運動習慣の有無	
<input type="checkbox"/> 病気の有無	
<input type="checkbox"/> 有の場合は病名	
<input type="checkbox"/> 障害の有無	
<input type="checkbox"/> 有の場合は障害の詳細	
<input type="checkbox"/> 薬の服用の有無	
<input type="checkbox"/> 有の場合は薬名	

今後希望する健康DNA検査

肥満傾向 糖尿病傾向 高血圧傾向 乳癌へのなりやすさ
性格特性 食品・栄養適正 体質傾向・特性 優れている能力
 ※質問紙を利用した性格検査は無償で随時実施致します。

事務局使用欄