

アデランス 愛のチャリティ

笑顔あふれる、しあわせの瞬間。

■お申し込み対象者

下記症状などによりウィッグを必要とされる
4歳から15歳までのお子さま

■対象となる症状

放射線・投薬治療による脱毛／円形脱毛症／
生まれつき（先天性無毛症）／ケガ・ヤケド・手術跡／ア
トピー性皮膚炎による脱毛／脂腺母斑（あざ）／出産
時の吸引分娩跡／トリコチロマニー／その他

■お申し込み方法

裏面の応募用紙に必要事項を記入の上、ご郵送ください。

■お申し込み先

〒140-0002 東京都品川区東品川4-12-6
品川シーサイドキャナルタワー
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:03-6895-9652
(受付時間：土・日曜・祝日を除く10:00～18:00)

※ご注意：ご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、本チャリティ及び
本チャリティ遂行上必要な連絡の目的以外で使用
することはありません。また、本書は弊社が責任を
持って粉砕処分いたしますのでご了承ください。

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
ご応募は一人一回限りとさせていただきます。

ウィッグを必要とするお子さまのために
オーダーメイドウィッグを
プレゼントしています。



ご家族と、お子さまへ笑顔を届けたい。

■専用ページURL

<http://www.aderans.com/love>

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、本チャリティ及び本チャリティ遂行上必要な連絡の目的以外で使用することはありません。また、本書は弊社が責任を持って粉砕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、チャリティへのご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

〒140-0002 東京都品川区東品川4-12-6 品川シーサイドキャナルタワー
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:03-6895-9652
(受付時間:土・日曜・祝日を除く 10:00~18:00)