

*の項目は必ずご記入ください。

フリガナ

*氏名：

〒

*住所：

*性別： 男・女

※どちらかを○印で
囲んでください

*生年月日

年 月 日

*電話番号：

メールアドレス：

*受診病院および主治医名：

本申込書を「県立医科大学附属紀北分院 総合診療科」宛に

FAX 送信または直接お持ちください。

年会費は外来手渡しにてお支払いいただきます。

FAX.0736-22-2579

稚アユ会

〒 649-7113 伊都郡かつらぎ町妙寺 219

県立医科大学附属紀北分院 稚アユ会事務局

Tel.0736-22-0066 Fax.0736-22-2579