

*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「新宮市立医療センター コスモスの会事務局」宛に

FAX 送信または直接お持ちください。

年会費のお支払いは金融機関にお振込みください。

FAX.0735-31-3360

コスモスの会

〒 647-0072 和歌山県新宮市蜂伏 18-7

新宮市立医療センター コスモスの会事務局

Tel.0735-31-3333 Fax.0735-31-3360