

*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：

本申込書を和歌山県立医科大学 第一内科内 わかやま壺型の会事務局宛に FAX 送信してください。

申込書は外来の際に事務局へ直接お届けも可です。

FAX.073-445-9436

和歌山壺型の会（わかやま いちがたのかい）

〒641-8509 和歌山市紀三井寺 811-1

和歌山県立医科大学 第一内科内 わかやま壺型の会事務局

Tel&Fax.073-445-9436 /同左