

\*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「医療法人淳風会熊野路クリニック みどりの会事務局」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.0735-23-0380**

---

みどりの会

〒647-0043 和歌山県新宮市緑ヶ丘2丁目1番20号

医療法人淳風会熊野路クリニック みどりの会事務局

Tel.0735-21-2110 Fax.0735-23-0380