

\*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「山本医院 山友会事務局」宛に  
FAX 送信または直接お持ちください。  
年会費のお支払いも外来手渡しにてお支払いいただきます。

**FAX.073-483-5905**

山友会（さんゆうかい）

〒642-0015 海南市且来 632-1

山本医院 山友会事務局

Tel.073-482-0189 Fax.073-483-5905