

\*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「さくら内科クリニック 糖友さくら会事務局」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.073-494-7072**

---

糖友さくら会 (とうゆう さくらかい)

〒640-8341 和歌山市黒田 18-6

さくら内科クリニック 糖友さくら会事務局

Tel.073-494-7071 Fax.073-494-7072