

\*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附属病院 第一内科 和歌山つぼみの会事務局宛に FAX 送信してください。

申込書は外来の際に直接お届けも可です。

FAX.073-445-9436

和歌山つぼみの会

〒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 和歌山つぼみの会事務局

Tel&Fax.073-445-9436 /同左