

*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『那智勝浦町立温泉病院 地域医療連携室内 やたがらすの会事務局』宛に

FAX 送信または直接お届け下さい。

年会費のお支払は金融機関にお振込みください。

FAX.0734-52-9393

やたがらすの会

〒649-5331 東牟婁郡那智勝浦町天満 483-1

那智勝浦町立温泉病院 地域医療連携室内 やたがらすの会事務局

Tel.0735-52-1055 Fax.0734-52-9393