

*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 和歌山県糖尿病協会事務局』宛に

FAX 送信またはご郵送ください。

申込書は外来の際に直接お届けも可です。

年会費は郵送にてお支払いいただきます。

FAX.073-445-9436

和歌山県糖尿病協会

〒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 和歌山県糖尿病協会事務局

Tel&Fax.073-445-9436