

*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「医療法人淳風会熊野路クリニック みどりの会事務局」宛に
FAX 送信または直接お持ちください。
年会費のお支払いは金融機関にお振込みください。

FAX.0735-23-0380

みどりの会

〒647-0043 和歌山県新宮市緑ヶ丘2丁目1番20号

医療法人淳風会熊野路クリニック みどりの会事務局

Tel.0735-21-2110 Fax.0735-23-0380