

*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：

*「さかえ」の受取方法：

外來手渡し・自宅発送

※どちらか希望する方を○印で囲んでください

本申込書を『やよいメディカルクリニック内 やよい青輪会 事務局』宛に

FAX 送信またはご郵送ください。

申込書は外來の際に直接お届けも可です。

年会費は外來手渡しまたは郵便振替にてお支払いいただきます。

FAX.0736-62-8813

やよい青輪会（やよいせいりんかい）

〒649-6215 岩出市中迫 139

やよいメディカルクリニック内

Tel.0736-62-7777 Fax.0736-62-8813