

*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『西和歌山病院もしくは中谷病院の事務局』宛にご郵送ください。
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

桔梗Diabetes会

医療法人良友会西和歌山病院

〒640-8432 和歌山県和歌山市土入176

Tel 073-452-1233

医療法人裕紫会中谷病院

〒640-8303 和歌山県和歌山市鳴神123-

Tel 073-471-3111