

*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「公立那賀病院 六果会事務局」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.0736-77-4659

六果会

〒649-6414 和歌山県紀の川市打田 1282

公立那賀病院 六果会事務局

Tel. 0736-77-2019 Fax.0736-77-4659