

*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「さくら内科クリニック 糖友さくら会事務局」宛に

FAX 送信または直接お持ちください。

年会費のお支払いも外来手渡しにてお支払いいただきます。

FAX.073-494-7072

糖友さくら会 (とうゆう さくらかい)

〒640-8341 和歌山市黒田 18-6

さくら内科クリニック 糖友さくら会事務局

Tel.073-494-7071 Fax.073-494-7072