

F A X : 0 8 7 - 8 0 2 - 1 1 6 1

香川県立中央病院 肝臓病患者会 入会申込書

私は、貴会の趣旨に賛同し入会いたします。

年 月 日

ふりがな	
お名前	
診察券番号(ID)	
生年月日・年齢	年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女
ご住所	〒
電話番号	
ご意見があれば お書きください	