

公立岩瀬病院友の会入会申込書

平成 年 月 日 記入

住所	(〒 -)		
(フリガナ) 氏名		職業 または 勤務先	(差支えなければご記入ください)
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
電話番号	自宅	ファックス	
	携帯		
メールアドレス	パソコン		
	携帯		
事務局記入欄			

※ご記入いただきました個人情報は、本事業以外の目的には一切使用いたしません

公立岩瀬病院総務課 住所 〒962-8503 須賀川市北町20番地

TEL 0248-75-3111 Fax 0248-73-2417