

## 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