

FAX番号：078-858-1214

甲南病院友の会入会申込書

フリガナ			
御芳名		(印) 男・女	
生年月日		M・T・S・H 年 月 日	
御 連 絡 先	御 自 宅	住所	〒 —
		電話番号	() — —
		FAX号	() — —
	携帯電話番号	() — —	
	E-mail		
勤 務 先	名称		
	住所	〒 —	
	電話番号	() — —	

家族会員	御芳名()内フリガナ	性別	会員との続柄	生年月日
1.	()	男		M・T・S・H 年 月 日
	()	女		
2.	()	男		M・T・S・H 年 月 日
	()	女		

- ①会員申込のきっかけを教えてください(下記該当箇所のカッコ内にレ印をご記入ください)
- () 財甲南病院のホームページを見て () 友人からの情報で
 () 雑誌等の広告を見て () 病院関係者から勧められて
 () その他 (よろしければ詳しくお書き下さい) []
- ②人間ドックを受診されるご予約はございますか？ すでに受診日が決定している場合は、該当日をお書き下さい。
 (受診予定) あり・なし (受診日) 年 月 日