

患者の集い・モミの木 入会申込書

差し支えない範囲でご記入ください



申込日 年 月 日

患者さん氏名		年齢		性別	男 / 女
フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月 日
職業					
住所	〒				
TEL		FAX			
E-mail	パソコン				
	携帯				
その他連絡先	氏名		TEL		
	E-mail				
モミの木をお知りになったきっかけ					
お身体の状態 (症状など)					
現在のかかりつけ医療機関					
備考 (連絡事項など)					
お問い合わせ	患者の集い・モミの木事務局 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿3-29-1 クロスポイントビル4		TEL:03-6821-9961 FAX:03-5421-3433 ホームページ: http://www.momi-noki.jp		

FAX: 03-5421-3433

E-mail: staff@momi-noki.jp