

会員番号	※事務局使用欄
------	---------

FAX番号：0479 - 72 - 2926 匝瑳市民病院サポーター会事務局 あて

匝瑳市民病院サポーター会入会申込書

フリガナ			
御 芳 名		男 ・ 女	
生 年 月 日		T・S・H 年 月 日	
御 連 絡 先	御 自 宅	住 所	〒 —
		電話番号	— —
		FAX番号	— —
	携帯電話番号		— —
	E - m a i l		

① 会員申込みのきっかけを教えてください。(該当箇所のカッコ内にレ印をご記入ください)

() 病院のホームページを見て () 友人からの情報で

() 市のホームページを見て () 病院関係者から勧められて

() 市の広報を見て () 区長・連絡員からの回覧板を見て

() その他 (よろしければ詳しくお書きください) []

② 匝瑳市民病院の診察券はお持ちですか。 ある ・ ない

ある場合は登録番号をご記入ください。(—)