

ほっと chain 入会申込書

入会ご希望の方は下記項目をご記入の上、郵送もしくは E-mail (FAX 不可) にて事務局までお送りください。

ヨミガナ()

(必須) 1 . お名前 : _____

(任意) 2 . 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(必須) 3 . 男・女

(任意) 4 . 電話番号 () - _____ ご自宅、勤務先、携帯

(任意) 5 . FAX 番号 () - _____

6 . ご住所 〒 - _____

7 . E-mail アドレス _____ @ _____

事務局からの連絡方法として、郵送か E-mail のどちらかを選択してください。
両方ともご記入の場合には、ご希望される連絡方法に を付けてください。

ご記入漏れの無いようお願い致します。

個人情報 は厳正に管理させていただきます。
また連絡は患者の会以外の目的では一切いたしません。

(事務局)

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
高知医科大学泌尿器科学教室内 事務局
E-mail vhl@kochi-u.ac.jp