



羽生総合病院健康友の会 入会申込書

会員番号

私は、会費 1,000円を添えて、羽生総合病院健康友の会へ入会を希望します。

(注) 会則第5条(会費) 会費は5年間で1,000円とし、5年ごとに更新手続きをおこなう。ただし、納入済みの会費は返金しないこととする。なお、会費の更新手続き日(有効期限日)については、年度の途中に納金の際も年度の3月31日(5年後の)を以って最終期限日(更新日)とする。

▶ なお、ご記入いただきました個人情報は、羽生総合病院健康友の会の活動にのみ使用し他の目的には絶対に使用致しません。但し、ショートメッセージ、Eメールにて情報提供する場合があります。

新規・更新

申込日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 女	生年 月日	T S H R	年 月 日
お名前						
ご住所	〒 (-)					
電話番号						
携帯番号						
E-mail						
診察券番号						
備考						

控印欄

受付職員氏名

受領印欄

羽生総合病院 健康友の会 事務局

〒348-8505 羽生市下岩瀬446番地 TEL：048-562-3021 (直通)