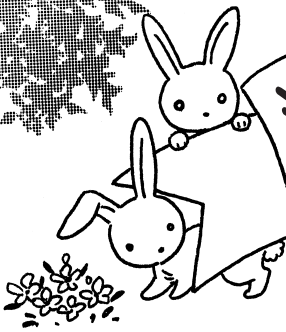


# 淳彦基金ご利用お申し込み書



年 月 日 申込

申込者  
お名前



患者さんとの  
続 柄

年 月 日 生れ 才

〒 ー

お電話

ご住所

FAX

患者さん  
お名前

男・女

年 月 日 生れ 才

病 名



年 月 日 発病

病院名  
診療科

科

主治医の  
お名前



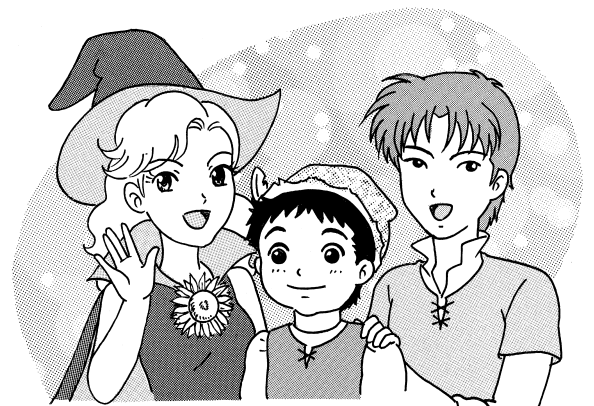
〒 ー

所在地

お電話

FAX

お申込理由



※お申込は主治医の先生からお願いいたします。

淳彦基金を育てる会 事務局  
FAX : 042-524-3311