

ワクワククラブ入会申込書

お子様お名前

(診察券No, _____)

性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

当院で出産されましたか？ はい ・ いいえ

当院で妊婦検診を受けていましたか？ はい ・ いいえ

保護者氏名

(診察券No, _____)

連絡先

mail アドレス

@



医療法人慈桜会 瀬戸病院

〒359-1128 所沢市金山町 8-6

TEL 04-2921-2861 (薬局直通)