**和方伝授６ヵ月講座入会お申込み書**

◆６ヵ月/12,220円

◆氏名とふりがな

◆生年月日

◆年齢

◆性別

◆現住所 〒

◆固定電話

◆FAX番号

◆携帯番号

◆現有の保険証写真添付　※お手数ですが保険証をスマホなどで撮影し、この用紙に貼り付けてご入金と共に、メール添付ご送信ください。mail: [masa-ho@sky.icn-tv.ne.jp](mailto:masa-ho@sky.icn-tv.ne.jp) 豊岳正彦

FAX送信の方は、保険証を白黒コピーされ、保険証コピーと共に、上記をご記入の上、ご入金と共にFAX０８２７－２４－９２５８へご送信下さい。よろしくお願いいたします。

【入会金のお振込み先】

西中国信用金庫(銀行コード１７８１)　岩国中央支店(店番５９９）

普通預金　名義　ホウガク　マサヒコ　口座番号　０２２７４５７

豊岳小児科医院　院長 豊岳正彦　TEL: 0827-24-9255