

FAX 045 - 947 - 0882

---

## 遺伝子治療予約申し込み用紙

お名前

住所

TEL

携帯 ( )

メールアドレス ( )

予約日時 第一希望

第二希望

知りたい事などコメント

はある場合で可。

本法人は個人情報保護規定を定め、個人情報保護を遵守します。

遺伝子治療以外の目的には使用いたしません。

医療法人社団 廣風会 Ritz Clinic

〒224-0065

横浜市都筑区高山 1-47 ラ プロカール 2F

TEL 045-947-0881 FAX 045-947-0882