ホルモン病の患者が安心して治療を続けるために

「下垂体疾患と副腎不全、患者と家族のアピール」署名（３次）

署名される方へ

●氏名・住所は自書でお願いします。「〃」とは書かないでください。
自書でないもの・「〃」と書かれたものは無効となります。
●医師および病院職員の方は、住所欄に病院名のみご記入ください。

氏名	住所（病院名）

送付先 下垂体患者の会事務局 〒140-0002 品川天王洲郵便局留