

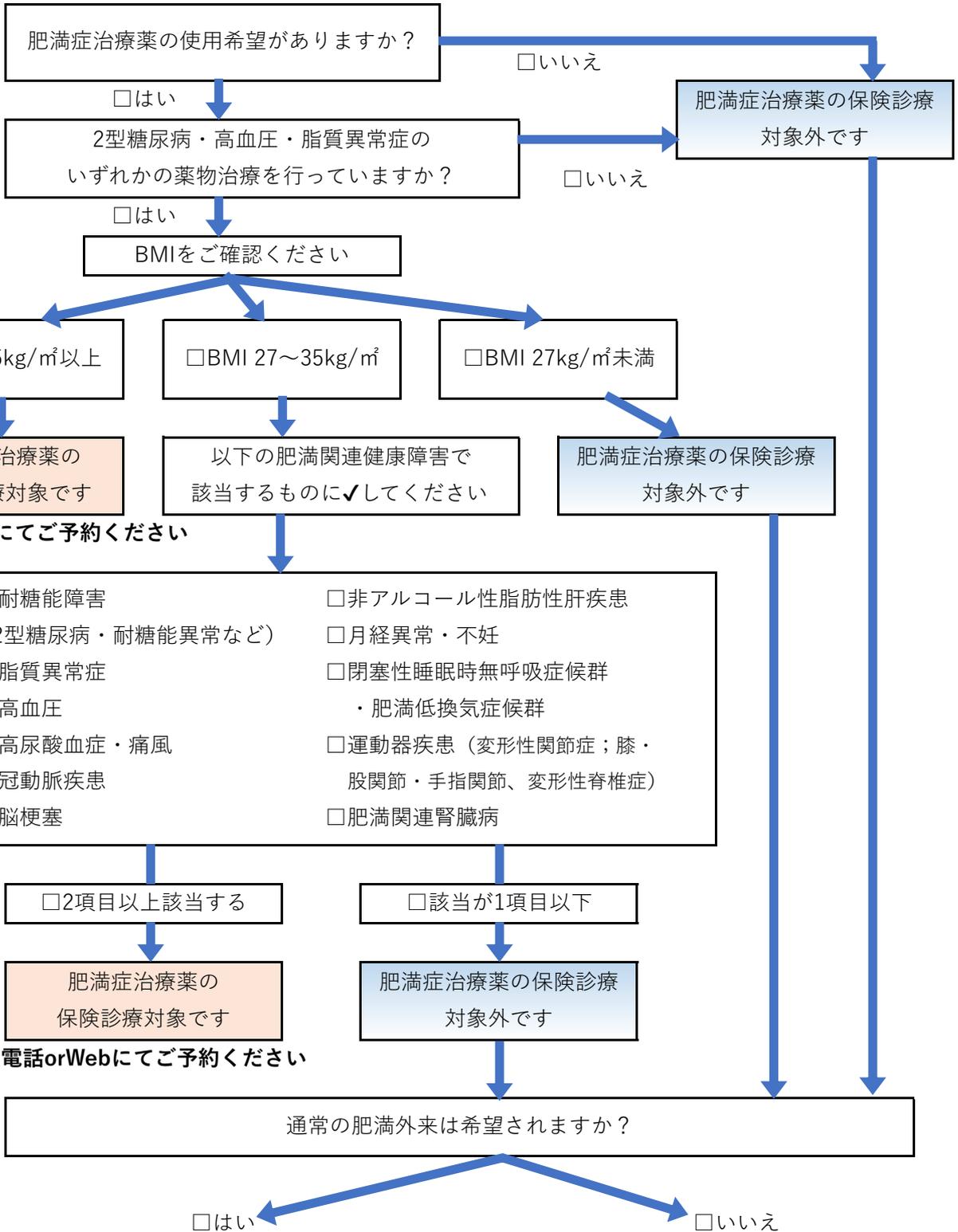
肥満症治療薬外来に関するチェックリスト

記入日 : 年 月 日

生年月日 : 年 月 日 歳

氏名 :

下記項目をご確認いただき、にを記入ください



お電話orWebにてご予約ください

