

郡山版腎機能低下者用貼付シール(腎シール)

 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>
 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>
 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>
 <p><input type="checkbox"/> 同意します。 年 月 日</p>	<p>ハガキサイズ・ノーカットシール タイプ用紙にて印刷し、ハサミで 切ってください。</p>	