

腎臓病教室申込書(FAX用紙)

申込日 令和 年 月 日

紹介元	※紹介元がある場合はご記入ください		
参加日時	令和 年 月 日		
参加者氏名	(ふりがな)		
			男 女
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (才)		
住所	(〒 -)		
自宅電話	()		
携帯電話	()		
ご家族の参加	あり ・ なし		
氏名		続柄	
氏名		続柄	

※参加される方は、保険診療で費用がかかります。

※開催日の3日前までが締切となります。

FAX : 0120-573-632

特定医療法人 光晴会病院 地域医療連携室
お問い合わせ番号：095-857-3563(直通)

申込受付時間 平日のみ 8:45~16:30