

オープン ホスピタル 申込FAX送信票

締切り 7/10 (土)

宛先

FAX: 0761-47-7508
やわたメディカルセンター 看護部 行

お名前 (ふりがな): _____ (男・女) _____

学校名: _____ 学年: _____ 年 _____

ご住所: 〒 _____

お電話番号: _____
(ご連絡のとれる番号をご記入ください。)

E-mail: _____

*実家の住所と現住所が異なる場合はご記入ください。

ご住所: 〒 _____

お電話番号: _____

*以前に参加されたことがある方はご記入ください。

() 回目: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【県外から参加される方のみご記入ください】

当日の出発地 (自宅や学校など) から当院までの交通機関・および金額を詳細にご記入ください。

合計金額 _____ 円

★★★★メールでも受付けております★★★★

同じ内容をメールで送ってください。メールアドレス: kango-bt@katsuki-g.com