

患者ラウンジ・イベント参加申込書

【申し込み先】

福島県立医科大学附属病院

がん相談支援センター

担当: 渡邊、斎藤

FAX: 024-547-1089(直通)

MAIL: gsoudan@fmu.ac.jp

電話: 024-547-1088 (平日8時半~17時)

申込日 年 月 日

必要事項を記入し、左記申し込み先までFAX、またはメール、電話にてお申込み下さい。

ふりがな		
お名前		
ご連絡先	TEL	
	FAX	
	メール	
参加人数	人	
今後、患者ラウンジのイベントのご案内をメールでお送りしてよろしいでしょうか？	はい	いいえ