

がん患者サロン ひまわりミニセミナー

参加申込書

参加セミナー

月 日

テーマ

ふりかな

氏名

〒

住所

お電話

参加される方（〇をつけてください）

患者さん ・ ご家族

申込み用紙に必要事項をご記入の上、

FAXでお申込みください FAX：0166-26-0008

《問い合わせ先》市立旭川病院 がん相談支援センター
TEL：0166-24-3181 内線5372