

がん患者サロン ひまわり
【参加申込書】

- 参加希望日 月 日
 ふりがな
- 氏名
- 住所
- 電話番号
- メールアドレス
- 参加される方（○をつけてください）
 患者さん・ご家族

申込用紙に必要事項をご記入の上, FAX でお申し込みください。

FAX : 0166-25-8370

《問い合わせ先》

市立旭川病院 がん相談支援センター

電話 0166-24-3181