

がん患者サロン ひまわりミニセミナー

## 参加申込書

ふりかな

氏名 \_\_\_\_\_

参加される方（〇をつけてください）

患者さん ・ ご家族

性別 男性 ・ 女性

〒

住所 \_\_\_\_\_

お電話 \_\_\_\_\_

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