

薬師山病院オープンホス피스

参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ **2017年10月16日(月)まで**に、
薬師山病院へ FAX またはお電話でお申込みください。

申込日： 月 日

ふりがな 氏名	年齢	才代	性別	男・女
連絡先	住所（〒 - ）			
	電話	（ 自宅 ・ 職場 ）	FAX	
職業				
来院方法	自家用車・自家用車同乗・その他 （どちらかに○をして下さい）			
質問、ご要望				

申込用紙送付先

〒603-8479 京都市北区大宮薬師山西町 15

薬師山病院 緩和医療連携室 担当：永田

TEL: 075-492-1230 (9時～17時) **FAX : 075-495-1189**