

薬師山病院オープンホスпис

参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ平成 30 年 5 月 10 日（木）までに、薬師山病院へ FAX でお申込みください。5 月 11 日以降に参加証を FAX で送ります。定員超過となった場合もご連絡いたします。（FAX での申込みが難しい方は電話でも承っておりますので、下記連絡先までご連絡ください。）

申込日： 月 日

フリガナ 氏名	所属	職種	参加証送信先 F A X 連絡先	来院方法	意見 交換会
			F A X T E L	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 車同乗 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
			F A X T E L	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 車同乗 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
			F A X T E L	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 車同乗 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加

ご質問や、意見交換会で話したい内容がありましたらご記入ください。

申込用紙送付先・連絡先

〒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**