

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 **2019年7月3日(水)まで**に、
薬師山病院へ FAX でお申込みください。定員超過となった場合はご連絡いたします。
(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
ご連絡下さい。)

申込日： 月 日

フリガナ 氏名	所属	職種	連絡先	来院方法	意見 交換会
			TEL FAX	<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 <input type="checkbox"/> 未定
			TEL FAX	<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 <input type="checkbox"/> 未定
			TEL FAX	<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 <input type="checkbox"/> 未定

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**